



Regione
Lombardia

ASL Monza e Brianza

PIANO di VIGILANZA e CONTROLLO sulle UNITA' d'OFFERTA SOCIOSANITARIE e SOCIALI



ANNO 2015

PREMESSA	Pag. 02
1 IL QUADRO DI CONTESTO	
1.1. IL CONTESTO TERRITORIALE, DEMOGRAFICO ED EPIDEMIOLOGICO	Pag. 03
1.2. IL CONTESTO NORMATIVO	Pag. 15
2 LA RETE DELLE UNITA' DI OFFERTA SOCIO-SANITARIE E SOCIALI	Pag. 15
3 LA RENDICONTAZIONE DELL'ATTIVITA'	
3.1. CONTROLLO AMMINISTRATIVO DEI FLUSSI DELL'AREA SOCIO-SANITARIA	Pag. 16
3.2. CONTROLLO E VIGILANZA DELLE UNITA' DI OFFERTA SOCIALI	Pag. 18
3.3. CONTROLLO E VIGILANZA DELLE UNITA' DI OFFERTA SOCIO-SANITARIE	Pag. 22
3.4. CONTROLLO E VERIFICA APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI SOCIO- SANITARIE	Pag. 28
3.5. PROGETTI SPERIMENTALI NELL'AMBITO DELLE POLITICHE DI WELFARE	Pag. 34
3.6. VIGILANZA E CONTROLLO EX ARTT. 23 -25 COD.CIV. PERSONE GIURIDICHE DI DIRITTO PRIVATO	Pag. 34
4 LA PROGRAMMAZIONE ATTIVITA' 2015	
4.1. CONTROLLO AMMINISTRATIVO DEI FLUSSI DELL'AREA SOCIO-SANITARIA	Pag. 38
4.2. CONTROLLO E VIGILANZA DELLE UNITA' DI OFFERTA SOCIALI	Pag. 39
4.3. CONTROLLO E VIGILANZA DELLE UNITA' DI OFFERTA SOCIO-SANITARIE	Pag. 39
4.4. CONTROLLO E VERIFICA APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI SOCIO- SANITARIE	Pag. 43
4.5. PROGETTI SPERIMENTALI NELL'AMBITO DELLE POLITICHE DI WELFARE	Pag. 44
4.6. VIGILANZA E CONTROLLO EX ARTT. 23-25 COD.CIV. PERSONE GIURIDICHE DI DIRITTO PRIVATO	Pag. 46
5 LE RISORSE	
5.1. IL PERSONALE E L'EQUIPE DI VIGILANZA	Pag. 47
5.2. LA FORMAZIONE	Pag. 49
5.3. IL FONDO VIGILANZA	Pag. 50
5.4. LA DOTAZIONE INFORMATICA	Pag. 51
5.5. L'INTEGRAZIONE INTRA AZIENDALE	Pag. 51

PREMESSA

Le ASL esercitano le funzioni di vigilanza e controllo sulle unità d'offerta sociosanitarie previste dalla normativa regionale vigente (le leggi regionali 12 marzo 2008, n. 3, Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario e 30 dicembre 2009, n. 33, Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità) oltre che dagli specifici provvedimenti attuativi della programmazione regionale.

La funzione di vigilanza si svolge attraverso attività volte alla verifica del possesso e del mantenimento nel tempo dei requisiti generali e specifici, di esercizio e di accreditamento, che comprendono i requisiti soggettivi, organizzativi e gestionali, strutturali e tecnologici.

La funzione di controllo si espleta attraverso attività di verifica dell'appropriata erogazione delle prestazioni e della loro corretta rendicontazione, con riferimento all'assistenza diretta al singolo utente secondo le modalità previste dalla DGR 8 maggio 2014, n. 1765 "Il sistema dei controlli in ambito sociosanitario: definizione degli indicatori di appropriatezza".

È compito delle ASL effettuare i controlli sul rispetto dell'adempimento degli obblighi contrattuali dei soggetti gestori.

Le ASL, inoltre, effettuano i controlli sulle persone giuridiche private di cui agli articoli 23 e 25 del codice civile, attraverso le commissioni nominate ai sensi della DGR 16 maggio 2014, n. 1845, "Determinazione in ordine alla valutazione dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e definizione degli obiettivi aziendali per l'anno 2014".

Il sistema dei controlli, strutturato tra Regione ed ASL in un contesto di estrema complessità e con una logica di forte integrazione, è orientato a dare la certezza ai propri cittadini fragili e alle loro famiglie che una costante vigilanza ed un attento monitoraggio non solo sono essenziali per verificare che la qualità dei servizi sia conforme alle regole definite, ma sono anche utili per monitorare la relazione tra la domanda, nelle sue molteplici manifestazioni, e la rete delle unità d'offerta così come oggi è configurata.

Le regole sui controlli sono inoltre finalizzate a strutturare un processo di accompagnamento, sia per le ASL sia per gli Enti Gestori, e di miglioramento organizzativo del sistema, non dovendosi focalizzare l'attenzione solo all'aspetto prescrittivo e sanzionatorio, che costituisce un corollario non certo l'obiettivo.

1. IL QUADRO DI CONTESTO

1.1. IL CONTESTO TERRITORIALE, DEMOGRAFICO ED EPIDEMIOLOGICO

La popolazione residente al 1° gennaio 2014 è costituita da 862.684 persone, di cui 422.106 maschi e 440.578 femmine. Il comune con popolazione più numerosa è Monza, che supera i 120.000 abitanti e rappresenta il terzo comune della Lombardia come numerosità, dopo Milano e Brescia.

Il Piano di Organizzazione Aziendale, così come modificato nel Novembre scorso, prevede che il territorio sia organizzato aggregando i tradizionali cinque Ambiti in tre Direzioni Socio Sanitarie: Ambiti di Monza e Carate Brianza, Ambiti di Desio e Seregno e Ambito di Vimercate.

La popolazione è aumentata di 1.4 punti percentuali nell'ultimo anno e l'incremento maggiore si è registrato nella classe di età di 75 anni ed oltre; le classi giovanili (età 5-44 anni) costituiscono quasi metà del totale della popolazione. Il distretto di Monza presenta i valori più elevati di tutto il territorio dell'indice di vecchiaia (rapporto tra la popolazione di 65 anni ed oltre e la popolazione fino ai 14 anni), anche se la tendenza all'invecchiamento è diffusa in tutta l'ASL MB. Si conferma la quota importante di popolazione straniera regolarmente residente sul territorio della ASL: il valore medio è pari al 8,5% del totale (minimo 6,4% nel distretto di Seregno, massimo 11,2% in quello di Monza. La distribuzione per età è però nettamente differente rispetto a quella della popolazione autoctona: le classi anziane allogene rappresentano una quota irrisoria del totale (circa 2%) mentre le classi produttive (tra 15 e 64 anni) rappresentano circa l'80% del totale.

Popolazione residente al 1° Gennaio per Distretto di residenza e cittadinanza

Cittadinanza	Carate Brianza	Desio	Monza	Seregno	Vimercate	TOTALE ASLMB
Italiana	141.193	174.720	151.979	156.184	165.309	789.385
Stranieri	10.774	17.215	19.113	10.741	15.456	73.299
Totale	151.967	191.935	171.092	166.925	180.765	862.684
% stranieri	7,1%	9,0%	11,2%	6,4%	8,6%	8,5%

I dati consolidati di mortalità per causa riconoscono da anni al primo posto le neoplasie (35.2%), seguite dalle malattie cardiovascolari (32.3%), del sistema respiratorio (7.2%) e neurologiche (4.6%), con netta differenza di genere: tra i maschi prevalgono nettamente i tumori, mentre tra le femmine al primo posto si collocano le patologie cardiovascolari, senza scostamenti statisticamente significativi rispetto ai riferimenti regionali.

Un dato assai confortante ai fini della valutazione complessiva dello stato di salute della popolazione è il riscontro del fatto che **la provincia di Monza e Brianza guida la classifica italiana della mortalità evitabile** (espressa come giorni di vita perduti pro-capite per decessi contrastabili con interventi di sanità pubblica) **per il genere maschile e si colloca al nono posto per le femmine** (Fonte: Rapporto Mortalità Evitabile 2014 - Elaborazioni Nebo Ricerche PA su dati ISTAT 2011 - <http://www.mortalitaevitabile.it/index.php/edizione-2014>) ed è tra le tre provincie italiane che si collocano tra le prime dieci nelle classifiche per entrambi i generi.

Rispetto ai riferimenti regionale e nazionale, in provincia di Monza anche nel 2014 la quota di popolazione giovane è leggermente più elevata (e le generazioni più anziane sono invece numericamente meno rilevanti, tanto che gli indicatori specifici che ne derivano mostrano valori "più giovanili" per la nostra ASL.

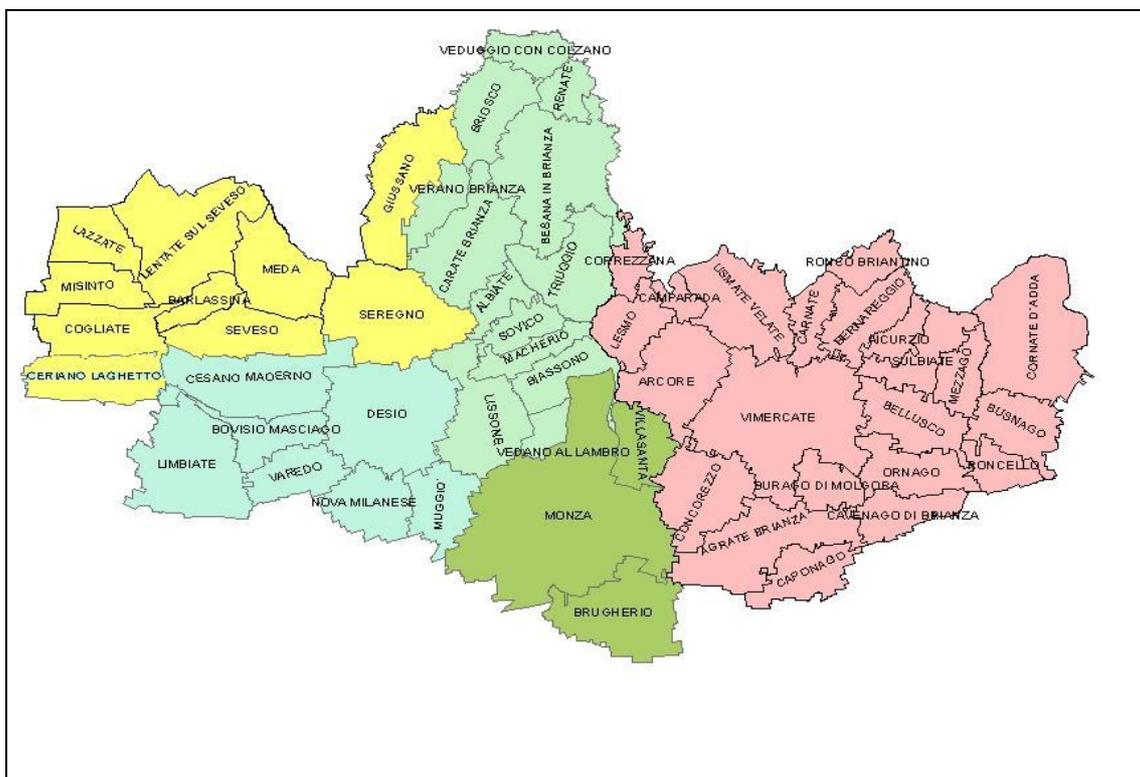
Ambito territoriale	Quote di popolazione per età			Indice di vecchiaia
	<15 anni	65+ anni	80+anni	
ASLMB	14,52%	20,63%	5,57%	142,1
LOMBARDIA	14,30%	21,37%	6,10%	149,5
ITALIA	13,90%	21,41%	6,38%	154,1

Tuttavia il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione è inevitabilmente marcato anche da noi con le inevitabili conseguenze in termini di costante crescita di condizioni complesse di cronicità, fragilità, disabilità e non autosufficienza. I risultati dell'applicazione del modello di attribuzione ai singoli individui di categorie di cronicità, previsto dalla metodologia della Banca Dati Assistiti (BDA), che utilizza i dati annuali più completi del Sistema Informativo Sanitario (SIS) attualmente disponibili relativi ai residenti nell'ASL MB consentono riflessioni sul carico di malattia che grava nel territorio. La tabella che segue sintetizza come si distribuisce proporzionalmente nel 2013 (ultimo dato disponibile) il numero di soggetti, distinti per classi di età, affetti dalle categorie di patologia indicate in riga in ordine numericamente decrescente: è evidente come l'incrementare dell'età comporti un carico di patologia progressivamente più elevato e l'invecchiamento medio della popolazione porta ad un progressivo peggioramento del livello di salute globale. Ad esempio, i soggetti nelle classi di età tra 65 e 74 anni e superiore a 74 anni rappresentano rispettivamente il 10,7% e il 9,5% della popolazione totale mentre la quota di soggetti malati nelle stesse classi è per tutte le principali cronicità decisamente più elevata (in media rispettivamente circa 25% e 30%).

	0 anni		01-14 anni		15-64 anni		65-74 anni		75+ anni		tot	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
POPOLAZIONE ASLMB 2013	7.927	0,9%	115.942	13,6%	554.954	65,2%	90.742	10,7%	81.119	9,5%	850.684	100%
N SOGGETTI AFFETTI DA CRONICITÀ												
07 - Cardiovascolopatici	32	0,0%	143	0,1%	57.875	34,3%	49.378	29,3%	61.157	36,3%	168.585	100%
12 - Malattie Endocrine e Metaboliche	9	0,0%	314	0,5%	31.630	45,4%	19.244	27,6%	18.425	26,5%	69.622	100%
06 - Diabetici			104	0,3%	13.856	33,6%	12.944	31,4%	14.285	34,7%	41.189	100%
05 - Neoplastici	1	0,0%	152	0,4%	15.634	38,6%	12.088	29,9%	12.602	31,1%	40.477	100%
09 - Gastroenteropatici			54	0,2%	13.966	40,1%	9.282	26,7%	11.494	33,0%	34.796	100%
10 - Neuropatici	11	0,0%	458	2,0%	10.255	44,8%	4.676	20,4%	7.500	32,8%	22.900	100%
08 - Broncopneumopatici	24	0,1%	1.245	5,5%	11.332	49,8%	4.264	18,7%	5.899	25,9%	22.764	100%
11 - Malattie Autoimmuni			58	0,6%	7.155	70,0%	1.843	18,0%	1.159	11,3%	10.215	100%
03 - Insufficienti Renali Cronici			10	0,3%	1.128	31,3%	1.016	28,2%	1.451	40,2%	3.605	100%
04 - HIV e AIDS			10	0,4%	1.962	86,0%	233	10,2%	76	3,3%	2.281	100%
02 - Trapiantati	1	0,1%	27	3,3%	581	71,7%	172	21,2%	29	3,6%	810	100%

Dall'inizio del 2011 l'ASL della Provincia di Monza e Brianza è composta da 55 comuni, in quanto, in analogia con quanto avviene per la Provincia di Monza e Brianza, sono stati nuovamente annessi 4 comuni dell'area sud-est storicamente appartenenti al Distretto di Vimercate: per i due anni precedenti (2009 e 2010) l'ASL MB è stata costituita da 51 comuni. Dall'inizio del 2012 il comune di Ceriano Laghetto è passato dal Distretto di Desio a quello di Seregno.

Il territorio dell'ASL della Provincia di Monza e Brianza al 01/01/2014 su cinque distretti territoriale, con una popolazione di riferimento che varia da 151.967 a 191.935 abitanti.



Struttura della popolazione

Nella tabella successiva è riportata la suddivisione della popolazione residente per classi quinquennali di età.

Popolazione residente al 1 Gennaio 2014 e 2013 per classi d'età quinquennali e per genere – ASL MB

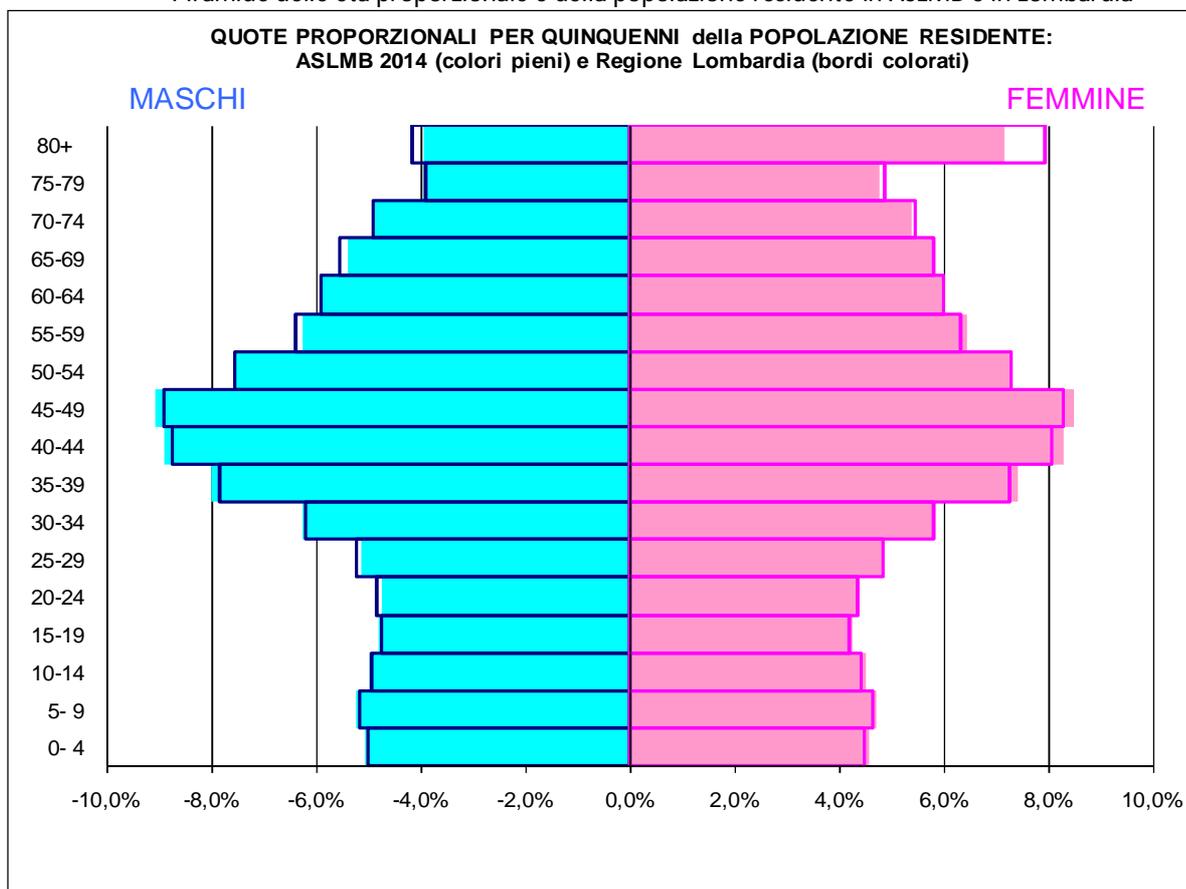
CLASSI D'ETA' (anni)	popolazione residente 2014			popolazione residente 2013			variazione 2014 vs 2013		
	MASCHI	FEMMINE	TOTALE	MASCHI	FEMMINE	TOTALE	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
0-4	21.348	20.142	41.490	21.439	20.367	41.806	-0,4%	-1,1%	-0,8%
5-9	22.134	20.763	42.897	21.524	20.412	41.936	2,8%	1,7%	2,3%
10-14	21.009	19.864	40.873	20.750	19.377	40.127	1,2%	2,5%	1,9%
15-19	20.240	18.764	39.004	19.373	18.448	37.821	4,5%	1,7%	3,1%
20-24	20.050	19.192	39.242	19.966	19.176	39.142	0,4%	0,1%	0,3%
25-29	21.596	21.348	42.944	21.764	21.385	43.149	-0,8%	-0,2%	-0,5%
30-34	26.409	25.710	52.119	27.061	26.531	53.592	-2,4%	-3,1%	-2,7%
35-39	33.771	32.617	66.388	34.500	33.561	68.061	-2,1%	-2,8%	-2,5%
40-45	37.539	36.445	73.984	37.274	36.440	73.714	0,7%	0,0%	0,4%
45-49	38.263	37.384	75.647	37.281	36.254	73.535	2,6%	3,1%	2,9%
50-54	32.030	32.056	64.086	30.145	30.740	60.885	6,3%	4,3%	5,3%
55-59	26.470	28.353	54.823	25.844	27.672	53.516	2,4%	2,5%	2,4%
60-64	24.755	26.421	51.176	24.838	26.701	51.539	-0,3%	-1,0%	-0,7%
65-69	22.733	25.404	48.137	21.493	24.027	45.520	5,8%	5,7%	5,7%
70-74	20.544	23.670	44.214	20.913	24.309	45.222	-1,8%	-2,6%	-2,2%
75-79	16.638	20.957	37.595	15.578	19.993	35.571	6,8%	4,8%	5,7%
80-84	10.482	16.088	26.570	9.782	15.608	25.390	7,2%	3,1%	4,6%
85+	6.095	15.400	21.495	5.640	14.518	20.158	8,1%	6,1%	6,6%
TOTALE	422.106	440.578	862.684	415.165	435.519	850.684	1,7%	1,2%	1,4%

Rispetto al 2013, la popolazione nelle classi anziane è aumentata mentre è diminuita nelle classi dai 25 ai 40 anni (con differenze per genere).

Per l'anno 2014 il grafico seguente illustra come la numerosità delle femmine sia inferiore rispetto a quella dei maschi per le classi di età inferiori a 50 anni, mentre la maggiore longevità delle donne rende progressivamente più numerose oltre i 50 anni le donne rispetto agli uomini.

Una utile rappresentazione della composizione della popolazione per età nei due generi è costituita dalla piramide dell'età: sono rappresentate le classi d'età sull'asse verticale e la numerosità degli individui sull'asse orizzontale. Nella parte destra sono rappresentate le donne, a sinistra gli uomini. La piramide d'età proporzionale della popolazione residente nell'ASL di Monza e Brianza nel 2014 (colori pieni) e in Regione Lombardia (bordi colorati) sul totale per genere esemplifica in modo visivo il fatto che la popolazione dell'ASLMB è più giovane della popolazione regionale: si nota infatti come nella nostra realtà le quote percentuali delle singole classi di età sul totale della popolazione per genere siano più elevate nella maggior parte delle classi di età giovanili e decisamente più basse oltre i 75 anni.

Piramide delle età proporzionale e della popolazione residente in ASLMB e in Lombardia



Indicatori demografici

La tabella che segue mostra i valori rilevati dopo l'effettuazione del censimento nazionale, di alcuni importanti indicatori demografici in ASL, Lombardia e Italia: si osserva che la quota di popolazione giovane è leggermente più elevata in ASL MB rispetto ai riferimenti e le generazioni più anziane sono invece numericamente meno rilevanti. Gli indicatori specifici che da questi valori derivano mostrano valori "più giovanili" per la nostra ASL.

Indicatori demografici in ASL MB, Lombardia e Italia

Anno	Ambito territoriale	Quote di popolazione per età			Indice di vecchiaia
		<15 anni	65+ anni	80+anni	
2014	ASLMB	14,52%	20,63%	5,57%	142,1
	LOMBARDIA	14,30%	21,37%	6,10%	149,5
	ITALIA	13,90%	21,41%	6,38%	154,1
2013	ASLMB	14,56%	20,20%	5,35%	138,7
	LOMBARDIA	14,32%	21,13%	5,98%	145,6
	ITALIA	13,99%	21,18%	6,29%	151,4

L'INDICE DI VECCHIAIA

evidenzia il livello di invecchiamento della popolazione tramite il rapporto (moltiplicato per 100) tra la popolazione di 65 anni ed oltre e la popolazione fino a 14 anni di età. un valore basso dell'indice può indicare una elevata natalità ed una ridotta percentuale delle classi anziane: nell'asl mb i valori sono più bassi rispetto al valore medio nazionale e al valore lombardo.

Nella tabella e nel grafico collegato è approfondito, territorialmente e con confronti nell'arco del periodo 2002-2014, il dato relativo all'indice di vecchiaia nell'ASL MB: il distretto di Monza presenta il valore più elevato in tutti gli anni considerati. La tendenza all'invecchiamento è comunque analoga in tutta l'ASL MB.

Evoluzione temporale dell'indice di vecchiaia per genere e distretto di residenza – ASL MB

Distretto	Femmine				Maschi				Totale			
	2002	2006	2010	2014	2002	2006	2010	2014	2002	2006	2010	2014
Carate Brianza	146,8	152,8	156	162,9	93	103,3	106,5	116,5	119,3	127,5	130,5	139,1
Desio	129,7	143,9	146,4	155,6	89,8	100,9	104,4	111,8	109,3	121,8	124,7	132,9
Monza	170,8	182,1	190,9	199	108,2	119,9	129,9	138,4	138,6	150	159,6	168,1
Seregno	150,4	160,1	159,8	165,6	97,4	109,3	109	116	123,3	134,1	133,4	139,7
Vimercate	138,7	147	147,1	155,4	84,2	96,6	102	112,7	110,5	121,1	124	133,5
ASL MB	146,8	156,8	159,4	167,1	94,4	105,8	110,1	118,6	119,9	130,6	134	142,1

Indice di dipendenza strutturale (carico sociale):

esprime il rapporto (moltiplicato per 100) tra la popolazione in età non lavorativa (convenzionalmente fino a 14 anni e da 65 anni e oltre) e la popolazione lavorativa (tra 15 e 64 anni). Questo indice rappresenta il divario tra la popolazione potenzialmente produttiva rispetto a quella non produttiva (bambini e anziani): quanto più l'indice si avvicina a 100, tanto più consistente è la quota di popolazione non lavorativa rispetto a quella lavorativa. I valori medi dell'ASLMB sono leggermente minori rispetto a quelli lombardi e nazionali ma la performance non è buona come nel confronto degli indici di vecchiaia, soprattutto in virtù dell'incremento proporzionale del peso delle classi più giovani.

Nella seguente tabella e nel successivo grafico sono dettagliati i valori dell'indice di dipendenza strutturale nel tempo e tra i diversi ambiti territoriali dell'ASL MB. Risulta evidente la tendenza all'incremento nel corso degli anni considerati, con velocità più marcata nel territorio del distretto di Monza rispetto agli altri ambiti: nel 2002 aveva valori allineati rispetto a buona parte dell'ASL MB mentre attualmente conduce la classifica (in negativo) del territorio con peggiore performance.

Evoluzione temporale dell'indice di dipendenza strutturale per genere e distretto – ASL MB

Distretto	Femmine				Maschi				Totale			
	2002	2006	2010	2014	2002	2006	2010	2014	2002	2006	2010	2014
Carate Brianza	48,7	52,6	55,4	57,2	39,4	43,8	46,9	49,2	44	48,2	51,1	53,2
Desio	45,8	51	52,9	56	38,9	43,6	46,2	49	42,3	47,3	49,5	52,5
Monza	49,3	55,7	61,5	64,6	40,9	47,1	52,6	53,9	45,2	51,4	57,1	59,2
Seregno	47,1	51,2	53,5	56,4	38,7	42,9	46	49,5	42,9	47	49,7	53
Vimercate	46,8	51,5	54,3	57,7	37,9	42,5	45,7	49,4	42,3	47	49,9	53,5
ASL MB	47,5	52,4	55,4	58,3	39,2	44	47,4	50,1	43,3	48,2	51,4	54,2

La tabella seguente illustra come i più giovani abbiano recuperato, dal 2002, progressivamente quote percentuali di popolazione complessiva in tutte le realtà dell'ASL.

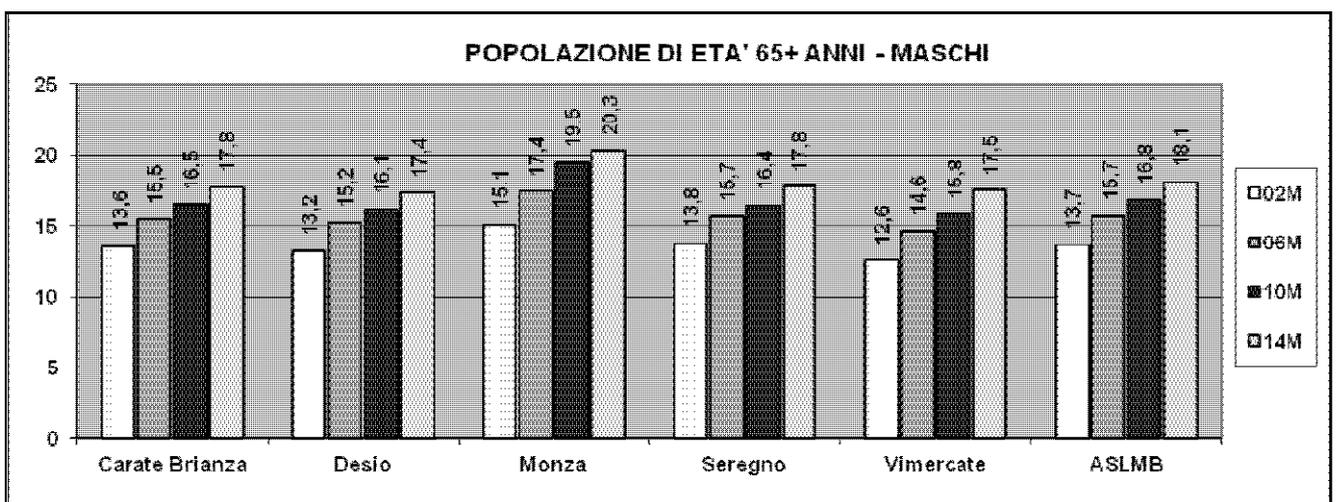
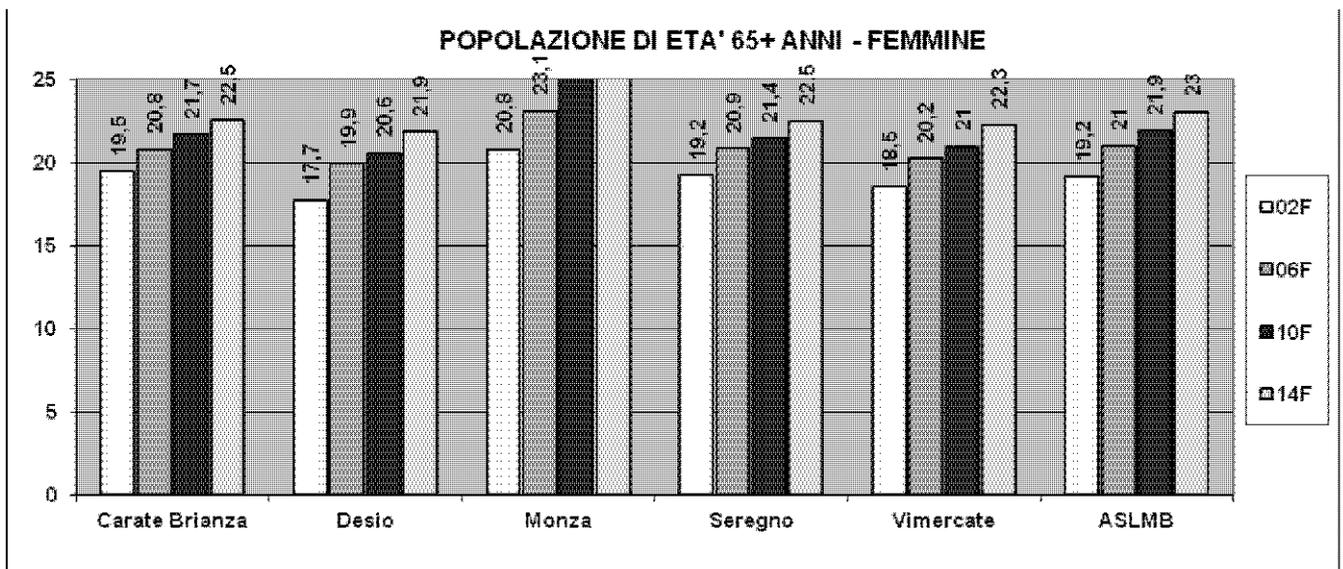
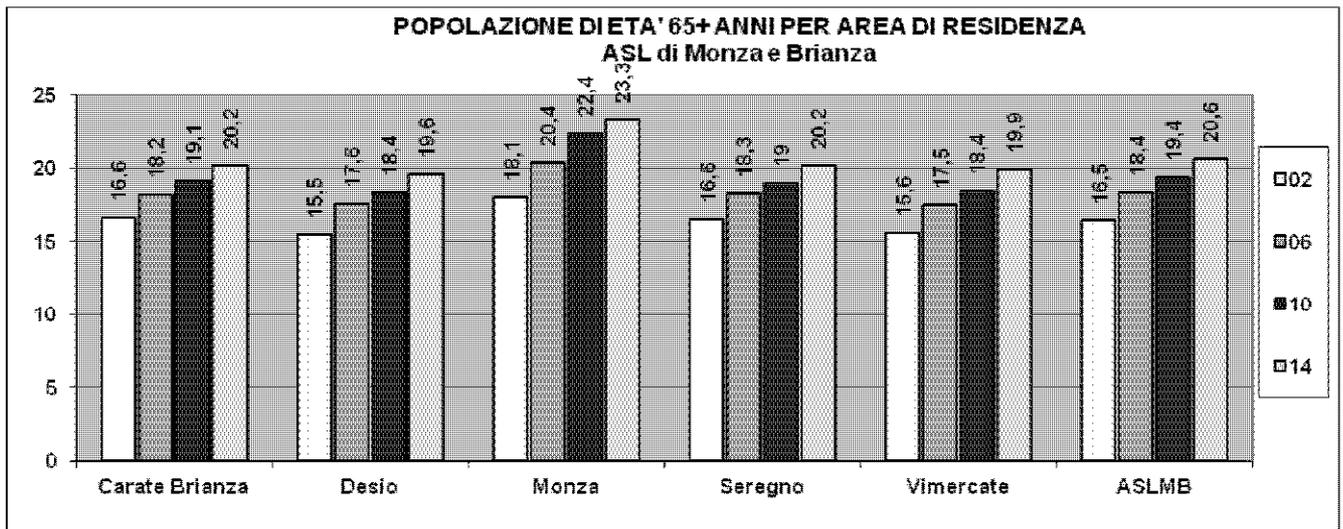
Proporzioni di popolazione di età 0-14 anni per genere e area di residenza – ASL MB

Distretto	Femmine				Maschi				Totale			
	2002	2006	2010	2014	2002	2006	2010	2014	2002	2006	2010	2014
Carate Brianza	14,6	15	15,5	15,2	13,3	13,6	13,9	13,8	13,9	14,3	14,7	14,5
Desio	14,7	15,1	15,5	15,5	13,7	13,8	14	14	14,2	14,5	14,7	14,8
Monza	14	14,6	15	14,7	12,2	12,7	13,1	13,1	13	13,6	14,0	13,9
Seregno	14,1	14,3	15,1	15,3	12,8	13	13,4	13,6	13,4	13,7	14,2	14,4
Vimercate	14,9	15,2	15,5	15,5	13,4	13,8	14,2	14,3	14,1	14,5	14,9	14,9
ASL MB	14,5	14,8	15,3	15,3	13	13,4	13,8	13,8	13,7	14,1	14,5	14,5

La tabella e i grafici descrivono la popolazione di 65 anni ed oltre nell'ASL MB.

Proporzioni di popolazione di età 65 anni e più per genere e area di residenza - ASL MB

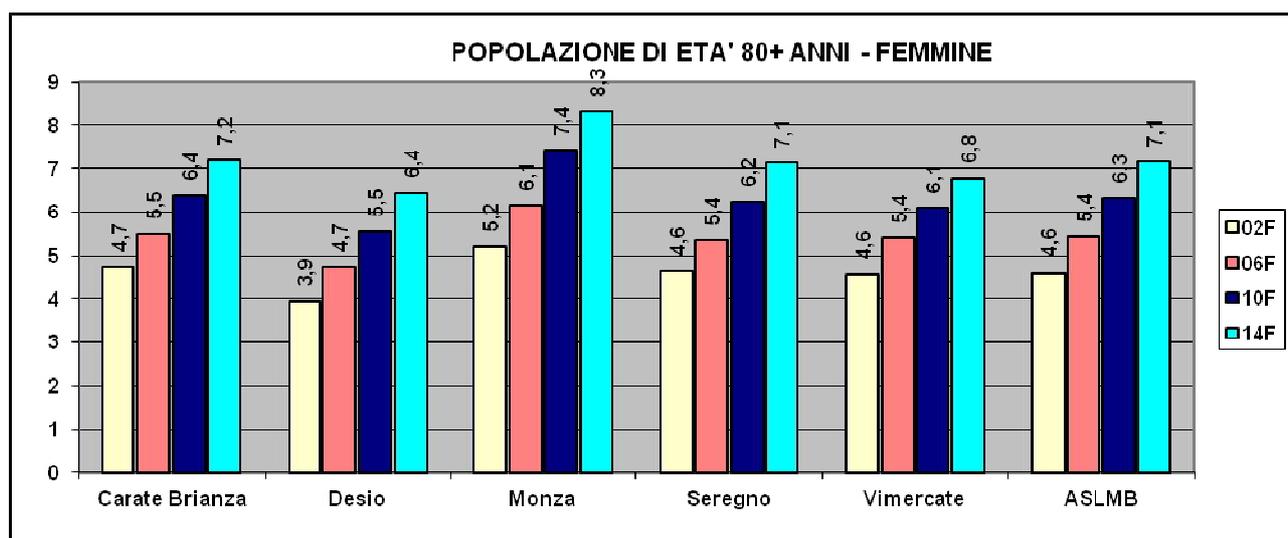
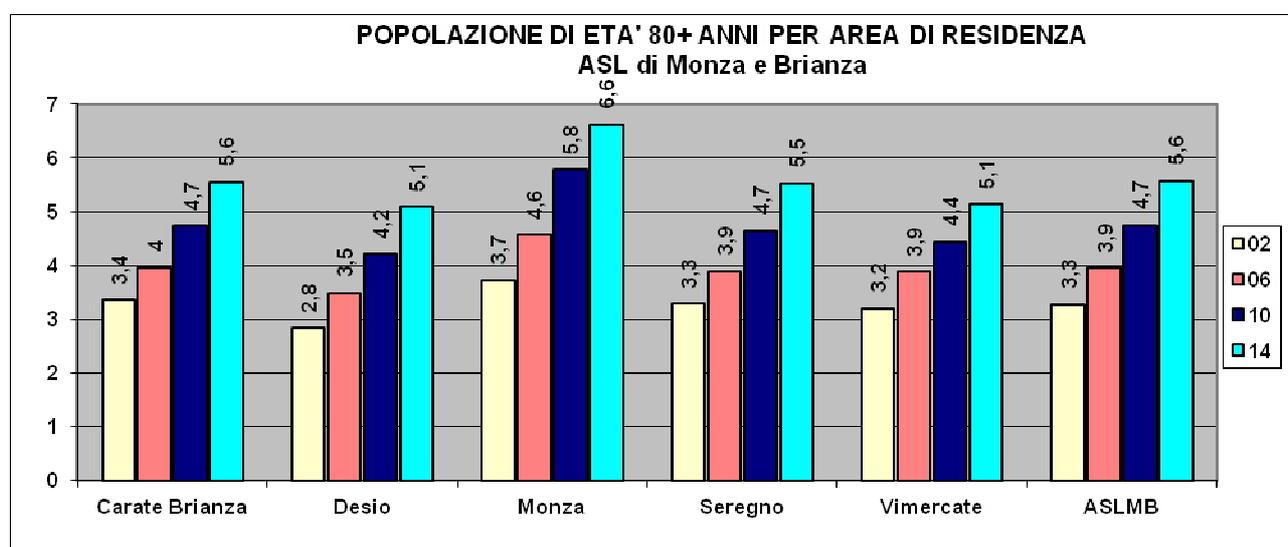
Distretto	Femmine				Maschi				Totale			
	2002	2006	2010	2014	2002	2006	2010	2014	2002	2006	2010	2014
Carate Brianza	19,5	13,6	16,6	20,8	15,5	18,2	21,7	16,5	19,1	22,5	17,8	20,2
Desio	17,7	13,2	15,5	19,9	15,2	17,6	20,6	16,1	18,4	21,9	17,4	19,6
Monza	20,8	15,1	18,1	23,1	17,4	20,4	25	19,5	22,4	26,1	20,3	23,3
Seregno	19,2	13,8	16,6	20,9	15,7	18,3	21,4	16,4	19	22,5	17,8	20,2
Vimercate	18,5	12,6	15,6	20,2	14,6	17,5	21	15,8	18,4	22,3	17,5	19,9
ASL MB	19,2	13,7	16,5	21	15,7	18,4	21,9	16,8	19,4	23	18,1	20,6

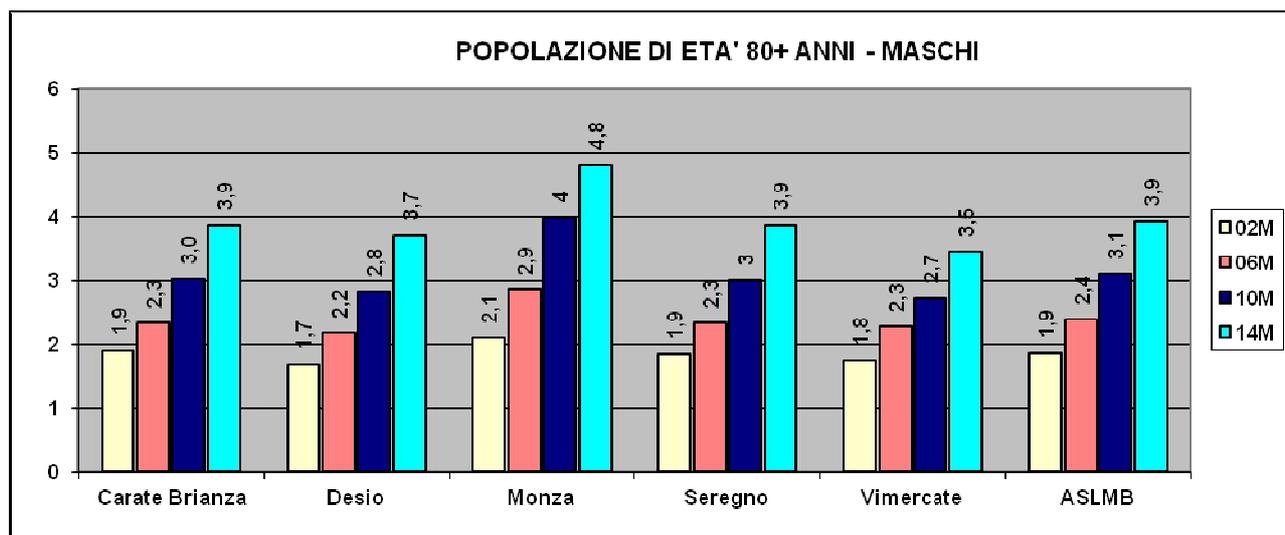


La prossima tabella e i grafici descrivono la popolazione di 80 anni ed oltre nell'ASLMB: in considerazione della progressione incrementale dell'aumento delle quote per i grandi anziani negli anni più recenti, si è preferito evidenziarne l'andamento nel quadriennio 2002-2006. In ogni quadriennio la quota è aumentata in modo rilevante, soprattutto in virtù del contributo fornito dalle donne all'invecchiamento medio.

Proporzioni di popolazione di età 80 anni e più per genere e area di residenza – ASL MB

Distretto	Femmine				Maschi				Totale			
	2002	2006	2010	2014	2002	2006	2010	2014	2002	2006	2010	2014
Carate Brianza	4,7	5,5	6,4	7,2	1,9	2,3	3,0	3,9	3,4	4	4,7	5,6
Desio	3,9	4,7	5,5	6,4	1,7	2,2	2,8	3,7	2,8	3,5	4,2	5,1
Monza	5,2	6,1	7,4	8,3	2,1	2,9	4	4,8	3,7	4,6	5,8	6,6
Seregno	4,6	5,4	6,2	7,1	1,9	2,3	3	3,9	3,3	3,9	4,7	5,5
Vimercate	4,6	5,4	6,1	6,8	1,8	2,3	2,7	3,5	3,2	3,9	4,4	5,1
ASL MB	4,6	5,4	6,3	7,1	1,9	2,4	3,1	3,9	3,3	3,9	4,7	5,6



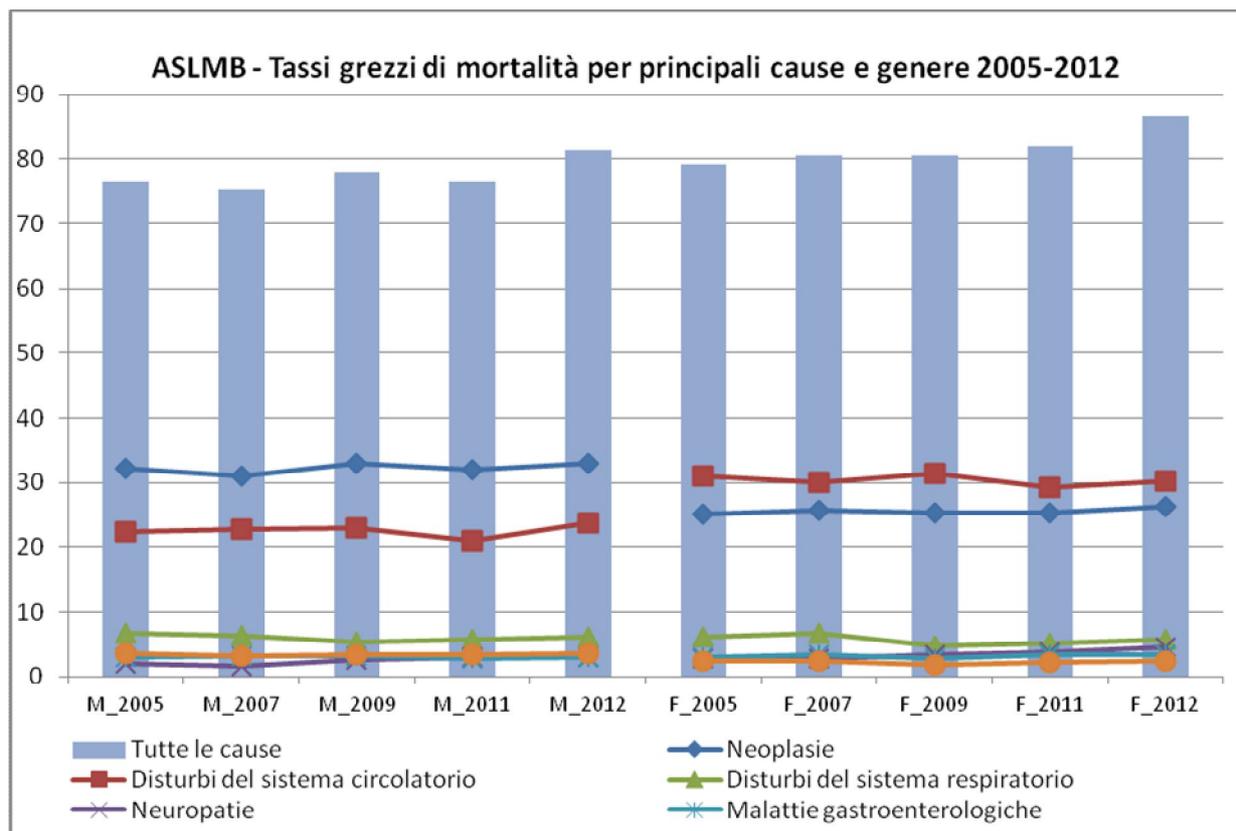


Analisi della mortalità

I dati di mortalità consolidati più recenti attualmente disponibili sono estratti dal ReNCaM (Registro Nominativo delle Cause di Morte – ASL MB) gestito presso il Servizio di Epidemiologia. Le cause di morte sono state classificate sulla base delle indicazioni della normativa internazionale utilizzando la decima revisione della classificazione delle malattie (International Codes of Diseases – ICD – X).

Mortalità proporzionale ASL MB 2012 Capitolo classificazione (ICD-X)	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Neoplasie	1.349	40,4%	1.137	30,5%	2.486	35,2%
Disturbi del sistema circolatorio	975	29,2%	1.307	35,0%	2.282	32,3%
Disturbi del sistema respiratorio	257	7,7%	252	6,8%	509	7,2%
Neuropatie	128	3,8%	197	5,3%	325	4,6%
Malattie gastroenterologiche	121	3,6%	146	3,9%	267	3,8%
Traumi e altre cause esterne di malattia	151	4,5%	105	2,8%	256	3,6%
Malattie endocrine, nutrizionali e metab.	92	2,8%	130	3,5%	222	3,1%
Patologie mentali e del comportamento	54	1,6%	155	4,2%	209	3,0%
Malattie infettive e parassitarie	87	2,6%	103	2,8%	190	2,7%
Disturbi genitourinari	57	1,7%	70	1,9%	127	1,8%
Segni, sintomi e non altrimenti classificati	25	0,7%	54	1,4%	79	1,1%
Patologie muscoloscheletriche e connettivali	11	0,3%	33	0,9%	44	0,6%
Malattie sangue e sistema immunitario	9	0,3%	19	0,5%	28	0,4%
Altre cause	21	0,6%	23	0,6%	44	0,6%
Totale	3.337	100%	3.731	100%	7.068	100%

I grafici che seguono mettono a confronto i tassi grezzi di mortalità per 10.000 residenti per genere, globali e per principali cause di morte.



Mortalità Evitabile

La Mortalità Evitabile esemplifica la quota di anni di vita potenzialmente recuperabili per la popolazione se non si manifestassero decessi precoci per malattie teoricamente prevenibili, per le quali la morte prima del 75° anno di età è indice di un problema in senso lato di medicina preventiva o curativa o di normativa. Un valore basso indica dunque un buon risultato in termini di confronto con altre realtà territoriali. La notizia decisamente positiva nella nostra realtà locale è che la provincia di Monza e Brianza guida la classifica italiana della mortalità prevenibile per il genere maschile e si colloca al nono posto per le femmine ed è una delle tre provincie italiane che si collocano nei primi dieci posti sia per il genere maschile che femminile.

Il Rapporto Mortalità Evitabile 2014 (Elaborazioni Nebo Ricerche PA su dati ISTAT 2011 - <http://www.mortalitaevitabile.it/index.php/edizione-2014>) illustra come il fenomeno della mortalità evitabile abbia un peso sensibilmente maggiore tra i maschi rispetto alle femmine: a livello nazionale la media dei giorni di vita perduti pro-capite rispetto alla popolazione è pari a 21 giorni per i maschi e per le femmine è pari a 12 giorni (con un rapporto dei valori maschi/femmine dell'ordine di quasi 2 a 1) ma a livello locale i valori sono decisamente migliori.

Giorni di vita perduti pro-capite per mortalità evitabile	MASCHI	FEMMINE
Provincia Monza e Brianza	15,34	9,90
Regione Lombardia	19,63	10,98
Italia	20,91	11,97

Tra le cause "evitabili" circa il 50% si riferiscono a cause di morte contrastabili con interventi di "prevenzione primaria", un terzo a decessi afferenti al gruppo "igiene e assistenza sanitaria" e i restanti dovuti a mortalità evitabili con "diagnosi precoce e terapia" con differenze nei due generi, come illustrato nella tabella seguente relativamente all'Italia nel suo insieme.

Mortalità totale ed evitabile			
<i>Valori assoluti e composizione percentuale, per genere</i>			
	Val. ass.	%	%
Maschi			
- Prevenzione primaria	40.766	57,9	
- Diagnosi precoce e terapia	5.789	8,2	
- Igiene e assistenza sanitaria	23.889	33,9	
Tot. decessi evitabili < 75 anni	70.444	100,0	24,6
<i>Decessi < 75 anni altre cause</i>	<i>31.436</i>		<i>11,0</i>
<i>Decessi in età 75 anni e oltre</i>	<i>184.232</i>		<i>64,4</i>
Mortalità totale	286.112		100,0
Femmine			
- Prevenzione primaria	13.653	35,1	
- Diagnosi precoce e terapia	11.549	29,7	
- Igiene e assistenza sanitaria	13.683	35,2	
Tot. decessi evitabili < 75 anni	38.885	100,0	12,8
<i>Decessi < 75 anni altre cause</i>	<i>21.234</i>		<i>7,0</i>
<i>Decessi in età 75 anni e oltre</i>	<i>244.381</i>		<i>80,3</i>
Mortalità totale	304.500		100,0

Elaborazione Nebo Ricerche PA su dati Istat 2011

Composizione popolazione disabile: raffronto dati ISTAT e dati Anagradis

La seguente tabella rileva la composizione della popolazione disabile, suddivisa per distretti e per fasce d'età, così come rilevato dal dato ISTAT aggiornato al 2013.

Stima Popolazione Disabile dati ISTAT	Carate B.za	Desio	Monza	Seregno	Vimercate	Totale	% rispetto la popolazione
00-17	131	172	139	135	158	735	0,50
18-64	1.106	1.424	1.176	1.164	1.301	6.171	1,16
65-74	868	1.106	1.097	900	1.036	5.007	5,52
75+	3.904	4.764	5.078	4.076	4.331	22.153	27,31
Totale	6.009	7.466	7.490	6.275	6.826	34.066	4,00

Analizzando la popolazione disabile della Provincia di Monza e Brianza, stimata secondo i dati ISTAT, si osserva come la prevalenza delle diverse fasce d'età cambia in modo radicale. Infatti, la fascia più numerosa, per quanto riguarda la disabilità, è rappresentata dagli "over 75" che costituiscono, in termini di valore assoluto, la porzione più ampia della popolazione disabile stimata. Questo dato è verosimilmente spiegabile con l'invecchiamento della popolazione e il conseguente aumento di disabilità acquisite che comportano un aumento dei bisogni socio sanitari e di cura, nonché, probabilmente, con la graduale compromissione e riduzione delle autonomie della persona disabile di fronte all'invecchiamento. La seguente tabella, invece, rileva la composizione della popolazione disabile, suddivisa per distretti e per fasce d'età, così come rilevato dal data base Anagradis aggiornato al 2013.

Popolazione Disabile dati Anagrafe dinamica della Disabilità ¹	Carate B.za	Desio	Monza	Seregno	Vimercate	Totale	% rispetto la popolazione
00-17	1.684	2.680	1.648	1.763	1.632	9.407	6,41%
18-64	3.865	5.327	5.078	3.917	3.792	21.979	4,13%
65-74	1.283	1.792	1.964	1.679	1.397	8.115	8,94%
75 e +	3.647	4.377	5.243	4.171	3.884	21.322	26,28%
Totale	10.479	14.176	13.933	11.530	10.705	60.823	7,15%

Il campione di Anagradis, pur essendo stato "ripulito" rispetto alle disabilità sensoriali, come da orientamento regionale, risulta significativamente più numeroso rispetto a quello ottenuto considerando le stime ISTAT. Tale discrepanza è fondamentalmente riconducibile alla metodologie di rilevazione adottate. La stima ISTAT, infatti, si basa su un criterio più restrittivo di disabilità, quello secondo cui vengono considerate persone con disabilità unicamente quelle che, nel corso dell'intervista, hanno riferito una totale mancanza di autonomia per almeno una funzione essenziale della vita quotidiana. Non sono, inoltre, considerate le persone di età minore di 6 anni e le persone istituzionalizzate².

Diversamente da quanto adottato dall'ISTAT, il data base di Anagradis è stato costituito attraverso la consultazione e l'incrocio di tracciati record nominativi provenienti da differenti fonti³ relative al territorio dell'ASL di Monza e Brianza. La maggior ampiezza del campione di Anagradis, può essere in parte giustificata dal fatto che al suo interno sono incluse informazioni non comprese nelle rilevazioni ISTAT, soprattutto quelle relative ai minori (popolazione scolastica inclusa). Costituisce un elemento degno di nota il fatto che i maggiori scostamenti tra i due campioni riguardino le fasce di età più basse, mentre la popolazione disabile di 75 e + anni ha una dimensione simile.

1.2 II CONTESTO NORMATIVO

Il quadro normativo generale di riferimento, per l'attuazione del Piano Controlli delle Strutture Socio-sanitarie e Socio – Assistenziali dell'anno corrente, si sostanzia nelle Determinazioni Regionali e nei Documenti di Programmazione Aziendali di seguito dettagliati

- DGR n. X/2989 del 23.12.2014 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2015"
- Deliberazione N X/2569 del 31.10.2014 avente come oggetto "Revisione del sistema di esercizio e accreditamento delle Unità di offerta Sociosanitarie e Linee Operative per le attività di vigilanza e controllo.
- Deliberazione N X/1765 del 8.05.2014 avente come oggetto " Il sistema dei controlli in ambito sociosanitario: definizione degli indicatori di appropriatezza in attuazione della DGR X/1185 del 20/12/2013.

Per la Normativa specifica si fa riferimento ai vari Provvedimenti per tipologia di UDO.

¹ Il dato relativo alla popolazione disabile è stato tratto dal data base di Anagradis (aggiornamento al 01/01/2013) avendo cura di eliminare le persone con disabilità sensoriale. Ciò al fine di rendere maggiormente comparabile il campione con i dati rilevati dalle stime ISTAT.

² E' stato osservato (cfr. www.disabilitaincifre.it) che se si includessero anche le persone che hanno manifestato una apprezzabile difficoltà nello svolgimento delle funzioni della vita quotidiana la stima salirebbe, infatti, al 13%. Al'interno di tali considerazioni, quindi, il campione dell'Anagrafe pur essendo di dimensioni maggiori del dato ISTAT rimane, allo stesso tempo inferiore alla stima del 13% che all'interno dello stesso studio sono state ipotizzate.

³ Il data base integra le informazioni relative alle Attività delle Commissioni ASL per il riconoscimento dell'invalidità civile e dell'alunno in situazione di handicap, alle Persone in carico ai Servizi di Neuropsichiatria Infantile; ai dati provenienti dai Flussi SOSIA, SIDI, RIAFAM, SDO e SDOFAM; Circolare 28/SAN; alle persone con malattie Rare e in carico ai Servizi SFA, SIL, ADI.

2. LA RETE DELLE UNITA' DI OFFERTA SOCIO-SANITARIE E SOCIALI

Le UDO socio-sanitarie soggette a vigilanza e controllo presenti sul territorio al 1.01.2015 sono così ripartite

TIPOLOGIA	N. UDO SOLO AUTORIZZATE	N. UDO ACCREDITATE	N. POSTI AUTORIZZATI	N. POSTI ACCREDITATI	N. POSTI A CONTRATTO
RSA	2	35	3467	3264	3128
RSD		5	261	261	261
CDI		22	624	614	544
CDD		22	552	552	542
CSS		4	40	40	40
RIA residenziale		1	36	36	36
RIA ambulatoriale (sedi principali)		3	=	=	
CONSULTORI ASL MB SEDI PRINCIPALI		6			
CONSULTORI PRIVATI		4	=	=	
EROGATORI CURE DOMICILIARI in voucher		29 (di cui 11 spec. In cure palliative)	=	=	
HOSPICE		2	31	31	31
SERT ASL MB		1	=	=	
SMI		1	=	=	
COMUNITA' TOX		4	80	80	80
TOTALE	2	139	5091	4878	4662

In esito ad una permanente instabilità della rete delle UDO sociali in cui si rilevano processi di apertura di nuove strutture, volte a nuovi soggetti gestori, chiusure di esercizio o di temporanea sospensione per riduzione di utenza, soprattutto nell'area dei servizi alla prima infanzia, la situazione delle UDO afferenti al Sistema dei servizi sociali è costituita da **298 UDO al 01.01.2015** così rappresentata nelle diverse tipologie (salvo i CRE):

tipologia	UDO al 01.01.2013	UDO al 01.01.2014	UDO al 01.01.2015
servizi prima infanzia (an, micro, cpi, nf)	235	220	220
comunità residenziali per minori	25	24	25
comunità residenziali per disabili	13	13	13
centri per anziani	8	8	7
centri aggregazione giovanile	15	15	11
servizi formazione all'autonomia	4	4	3
centri socio-educativi	17	13	18
alloggi protetti per anziani	0	0	1
TOTALE	307	297	298

3. LA RENDICONTAZIONE DELL'ATTIVITA' 2014

3.1. CONTROLLO AMMINISTRATIVO DEI FLUSSI DELL'AREA SOCIO-SANITARIA

Il controllo del debito informativo delle prestazioni socio-sanitarie ha riguardato:

- il flusso Consultori
- il flusso SOSIA delle RSA
- il flusso RIAFAM delle strutture di riabilitazione
- il flusso SDOFAM dell'Hospice e della struttura di riabilitazione di mantenimento
- il flusso economico FE
- il popolamento del flusso RETE UDO ASSI e AFAM
- la validazione Flusso CDI e Flusso SIDI

I dati validati sono relativi al periodo 1° gennaio -30 settembre 2014: è infatti in corso l'invio dei flussi del 4° trimestre.

Flusso Consultori

Il controllo ha riguardato circa 60376 record (100% dei record ricevuti dai consultorio pubblici e privati accreditati).

Il controllo è stato effettuato sui dati ricevuti dagli erogatori preliminarmente al loro invio in Regione.

Sono presenti ancora criticità relativamente alla correzione di alcune tipologie di errori ma sono state prese le misure necessarie affinché possano essere apportate le modifiche opportune entro le tempiste regionali per il rinvio annuale.

Il debito informativo è stato assolto trimestralmente nei termini previsti dalla DG Famiglia.

Flusso SOSIA

Il controllo ha riguardato circa 40641 record (100% dei record ricevuti nel 2014). Il controllo è stato effettuato sui dati ricevuti dagli Erogatori preliminarmente al loro invio in Regione. Il debito informativo è stato assolto trimestralmente nei termini previsti dalla DG Famiglia.

Flusso RIAFAM

Il controllo ha riguardato circa 20384 record (100% dei record ricevuti nel 2013). Il controllo è stato effettuato sui dati ricevuti dagli Erogatori preliminarmente al loro invio in Regione.

Il debito informativo è stato assolto trimestralmente nei termini previsti dalla DG Famiglia.

Flusso SDOFAM

Il controllo ha riguardato circa 1152 record (100% dei record ricevuti nel 2013). Il controllo è stato effettuato sui dati ricevuti dagli Hospice e dalla struttura di riabilitazione di mantenimento preliminarmente al loro invio in Regione. Il debito informativo è stato assolto trimestralmente nei termini previsti dalla DG Famiglia.

Flusso FE

Il controllo sul Flusso FE, introdotto nel 2012, è andato a regime nel corso del 2013 e si è perfezionato nel 2014.

Il controllo ha riguardato circa 27323 record. Gli invii sono avvenuti secondo le scadenze indicate dalla DG Famiglia.

Flusso RETE UDO ASSI

Introdotto nel corso del 2013, il flusso è stato popolato dagli operatori del Servizio NACSS della direzione Sociale, secondo le indicazioni regionali e inviato secondo le scadenze prefissate. Il flusso riguarda l'anagrafica delle strutture sociosanitarie e degli erogatori ADI. Parallelamente è stato portato avanti l'aggiornamento della AFAM.

Flusso CDI e Flusso SIDI

Nel corso del 2014 sono state regolarmente svolte le attività di validazione e di monitoraggio di invio del Flusso CDI che alimenta il flusso ministeriale di competenza regionale ed il flusso SIDI attraverso la piattaforma SMAF (Sistema Modulare Accoglienza Flussi). E' stato garantito agli operatori delle strutture il supporto necessario per il corretto utilizzo delle piattaforme.

Tutti i flussi hanno cadenza trimestrale. I controlli di appropriatezza sui flussi avvengono attraverso appositi programmi in linea con i tracciati record regionali e aggiornati periodicamente secondo le novità normative. Attraverso il flusso FE e il modello di Riepilogo Budget è stata garantita la rendicontazione economica di tutte le prestazioni socio sanitarie erogate sul territorio nel 2014.

Negoziazione.

In data 31.01.2014 è stato prorogato un contratto provvisorio di tre mesi per un ammontare di risorse pari ad 1/3 del budget definitivo assegnato nel 2013.

In data 31/03/2014 è stato sottoscritto con i medesimi enti gestori un contratto definitivo e relativa scheda budget annuale per l'intero anno 2014. Il monitoraggio in corso d'anno del consumo del budget assegnato ha reso possibile di effettuare entro il 30/11/2014 un riequilibrio delle risorse assegnate per le varie tipologie di strutture per risolvere squilibri domanda-offerta. Le strutture coinvolte nella negoziazione nel corso del 2014 sono state le seguenti:

Unità di Offerta	contratti
Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)	34
Riabilitazione	4
Residenze Sanitarie per Disabili (RSD)	4
Centri Diurni per Disabili (CDD)	20
Centri Diurni Integrati (CDI)	20
Comunità per tossicodipendenti	4
Comunità Socio Sanitarie (CSS)	4
Consultori Privati	4
Servizi Multidisciplinari Integrati (SMI)	1
Hospice	2

Nell'ambito dell'Assistenza Domiciliare Integrata il nuovo modello derivante dalla sperimentazione regionale in atto non prevede, a differenza delle altre UDO del sistema sociosanitario lombardo, l'assegnazione di un budget agli erogatori, essendo l'accesso ai servizi modulato dalle ASL, previe specifiche modalità di valutazione dei bisogni dei cittadini e di emissione di specifici titoli di acquisto delle prestazioni, fino alla concorrenza delle disponibilità economiche.

Il servizio è gratuito, indipendentemente dal reddito e dall'età, e non presenta lista d'attesa. Vengono garantite a domicilio, previa valutazione del bisogno da parte di operatori afferenti all'EVM distrettuali, prestazioni sanitarie e sociosanitarie a sostegno della persona e del lavoro di cura del care giver familiare, supportando le attività del medico di famiglia e dei servizi sociali dei comuni, secondo il modello del lavoro condiviso. Prestazioni erogabili a domicilio:

- specialistiche (geriatra, fisiatra, psicologo, anestesista, palliativista, terapeuta del dolore, ecc),
- infermieristiche (es. prelievi, medicazioni, gestione cateteri vescicale, ecc)
- fisioterapiche (es. riabilitazione, educazione motoria, addestramento uso ausili/presidi ecc.)
- socio-assistenziali (es. bagno assistito ecc.)
- valutazioni ambientali e della rete sociali rese da assistente sociale.
-

Vengono assicurati interventi di assistenza anche nei giorni festivi, 7 giorni su 7, con risposta entro 48 lavorative per i casi derogabili che si riduce a 24 nei casi più urgenti. Al gestore ADI accreditato è affidato il compito di definire, ed erogare, con puntuale e corretta gestione, il piano di assistenza individualizzato (PAI) con indicazione del care manager (operatore delle cure referente per il caso). Il controllo del mantenimento dei requisiti di accreditamento e

dell' appropriatezza delle prestazioni è attuata da équipe specialistiche dell'ASL afferenti al PACASSI. L'erogazione delle prestazioni viene formalizzata con il voucher sociosanitario, rilasciato dal Distretto. Il voucher è un titolo d'acquisto, non in danaro, che permette la libertà di scelta da parte dei cittadini. Il cittadino può scegliere tra i diversi erogatori accreditati, che al 31.12.14 risultano 29 di cui 11 specializzati in cure palliative domiciliari.

3.2. CONTROLLO E VIGILANZA DELLE UNITA' DI OFFERTA SOCIALI

A seguito dei cambiamenti normativi e organizzativi che dal 2005 hanno interessato l'area delle UDO Sociali con il trasferimento delle funzioni ai Comuni e conseguente revisione delle modalità di controllo di pertinenza ASL, dal 2013 con l'integrazione dell'èquipe dedicata con nuovi operatori, è aumentata l'attività di *verifica in loco* nella misura richiesta. Il passaggio della titolarità della funzione di controllo sulle UDO sociali all'Ente Locale ha ridefinito l'attività di pertinenza dell'èquipe dedicata in relazione alla gestione di:

1. richieste di verifica delle CPE da parte degli Uffici Unici, con la responsabilità del procedimento previsto (dalla richiesta di verifica alla formulazione dell'esito della verifica stessa);
2. segnalazioni;
3. tenuta dell'anagrafica interna e dei fascicoli delle verifiche (flusso regionale in capo agli uffici sovra comunali);
4. verifica routinaria della permanenza dei requisiti di esercizio delle UDO sulle strutture già esistenti (senza preavviso e in autonomia rispetto DPM);
5. l'integrazione con l'attività di controllo da parte degli ambiti territoriali per i requisiti di accreditamento per consentire una omogeneità di risposta e accompagnamento ai soggetti gestori.

Per programmare e attuare un'attività di controllo corretta ed efficace, è stato utile e necessario mantenere le azioni sinergiche collaudate con gli interlocutori esterni alla ASL (gli Uffici Unici di Desio e Vimercate e ambiti territoriali) per integrare le rispettive verifiche rispetto alle forme di convenzionamento e accreditamento messe in atto, e con gli interlocutori interni, quali il DPM e il Dipartimento ASSI.

Dal 2011 la responsabilità del flusso informativo nei confronti di Regione Lombardia spetta agli uffici dell'Ente Locale. Il rapporto con i 2 Uffici Unici sovra-comunali (UU) dell'area di Desio (cui afferiscono 4 ambiti territoriali) e di Vimercate (cui afferisce l'ambito territoriale Vimercatese) si è consolidato attraverso incontri periodici di confronto e definizione delle reciproche funzioni, in modo da rispondere alle direttive regionali (Decreto DG Famiglia n. 1254/2010) per la gestione delle Comunicazione Preventiva di Esercizio (CPE) e il monitoraggio delle UDO presenti.

La collaborazione, sia riferita all'aggiornamento delle rispettive anagrafiche, sia riferita all'analisi delle criticità presenti rispetto ai singoli gestori, ha consolidato prassi adeguate per lavorare in forma sinergica per la qualità della rete dei servizi.

Nel 2014 la DG Famiglia ha inteso avviare una nuova modalità di codificazione delle UDO, già realizzata con le CA per minori: nel 2015, l'attività sarà resa sistemica e sistematizzata, secondo le Indicazioni regionali.

L'attività di messa a regime della rete dei CSE e SFA, iniziata nel 2013, è terminata nel 2014 con la conclusione dei PP delle strutture già presenti e operanti.

Per la rete dei nidi famiglia si è proseguito il processo di rivalutazione delle UDO presenti, anche attraverso l'organizzazione di incontri con i Gestori in collaborazione con gli UU e il Dipartimento ASSI.

Per la selezione del campione del 50% delle tipologie di UDO nel 2013 si è dato maggior rilievo ai servizi per la prima infanzia, alle comunità residenziali per minori, ai CSE in chiusura dei Piani quinquennali di adeguamento e di seguito le tipologie non ritenute prioritarie in quanto non ridefinite da normativa regionale recente (CDA, CAG) e alloggi protetti; nel 2014 si sono viste tutte le UDO funzionanti.

RISPOSTA AL 100% DELLE RICHIESTE DI VERIFICA CPE (NUOVE, VOLTURE, CAMBIO SEDE E MODIFICHE VARIE) con particolare riferimento alle verifiche su CSE e SFA per conclusione dei piani di adeguamento: tale attività, realizzata in commissione congiunta UO NACSS e SISP (salvo per le volture) e calendarizzata di volta in volta, ha consentito di rispondere alle richieste nei tempi previsti dalla normativa vigente (entro 60 giorni con un tempo medio di risposta di 38 giorni). Di seguito si riporta l'analisi dell'attività suddiviso nelle diverse tipologie.

CENTRI SOCIO-EDUCATIVI

La rete dei CSE ha completato l'iter di riconversione con relativa conclusione dei PP per le UDO già esistenti sul territorio, salvo una eccezione riguardante una UDO di nuova istituzione:

- CSE Volturmo – via Volturmo, 80 – Brugherio (capienza 21) – UDO non presente in precedenza
- CSE Oberdan - via Oberdan, 80 – Brugherio (capienza 25)
- CSE L'Atelier - via Manzoni, 10 – Carate B. (capienza 15)
- CSE Montegrappa – via Montegrappa, 12/14 - Brugherio (capienza 15)
- CSE 1 - via Parma, 1 - Monza (capienza 30)
- CSE 3 - via Leopardi, 11 - Besana B. (capienza 30)

Le integrazioni documentali richieste in sede di verifica, di limitata criticità, si sono concluse con esito favorevole.

ALLOGGI PROTETTI PER ANZIANI

La CPE riguarda una nuova unità di offerta nella rete di sostegno alle persone anziane:

- Oasi san Gerardo via S. Gerardo – Monza (capienza n. 44) – UDO non presente in precedenza.

La verifica si è conclusa con esito favorevole.

CENTRI DI AGGREGAZIONE GIOVANILE

Le unità di offerta oggetto di verifica sono state due:

- CAG Spazio Vita - via Giussani, 3 - Nova M.se (capienza 45)
- CAG Pavoni - via Magenta, 4 - Monza (capienza 130)

L'esito favorevole ha riguardato una struttura; la UDO di Nova M.se ha esitato in una interruzione dei termini per adeguamento dei requisiti con particolare riferimento a criticità strutturali di sicurezza.

SERVIZI ALLA FORMAZIONE ALL'AUTONOMIA

La rete degli SFA si è ridefinita in 3 UDO rispetto alle 4 UDO considerate all'inizio del 2014 (uno SFA è risultato trasformato in CSE); la verifica, che si è conclusa con esito favorevole, ha riguardato:

- SFA via Lombardia, 59 Desio (capienza 21).

COMUNITA' RESIDENZIALI PER MINORI

Le verifiche hanno riguardato 3 UDO, di cui una già esistente, una che risulta come nuova messa in esercizio di UDO in quando la precedente autorizzazione era stata revocata:

- Iris - via Lario, 45 - Monza (capienza 10)
- Albachiara - via Medici, 31 - Monza (capienza 8)
- Avvio all'autonomia, via Visconti di Vimodrone, 43 - Macherio (capienza 4) - UDO non presente in precedenza

Gli esiti sono stati favorevoli.

COMUNITA' RESIDENZIALI PER DISABILI

La verifica con esito favorevole ha riguardato una UDO già esistente:

- Casa Giole - via XXIV Maggio, 6/c - Lissone (capienza 6)

SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA

L'integrazione documentale a seguito dei sopralluoghi non ha rilevato particolare criticità, salvo per 2 situazioni che hanno comportato esito negativo: in un caso il gestore ha ritenuto di revocare la CPE per una errata valutazione dei motivi della stessa; nell'altro caso le importanti criticità hanno riguardato sia i requisiti strutturali/igienico-sanitari, sia organizzativo/gestionali.

- MN Piccoli Passi - via Togliatti, 6 - Nova M.se (capienza 10) **trasformazione**
- AN Papaciotti - via Piazza Diaz, 12 - Ceriano Laghetto (capienza 38)
- AN Bee Happy - via Monte Bianco, 131 - Limbiate (capienza 18)
- AN Il Pianeta dei Bambini - via Fratelli Bandiera, 17/a Lissone (capienza 20) **voltura**
- AN Marameo - via Enrico da Monza, 7 - Monza (capienza 34) **variazione capacità recettiva**
- AN Bimbinsieme - via Magenta, -4 - Monza (capienza 29) **trasferimento**
- AN Piccole Canaglie - piazza Martiri di Fossoli, 23 - Desio (capienza 15)
- AN Il Girasole - via Roma, 49 - Lazzate (capienza 15)
- AN Asilo dei Pulcini - via Magellano, 40 - Brugherio (capienza 12) **nuova/ preesistente**
- AN Baby School 123 Stella - via R. Sanzio, 29 - Seregno (capienza 21) **voltura**

- AN The Children's Island -via San Rocco, 81 - Seregno (capienza 14)
- NF Mommy Love - via Mosè Bianchi, 31 - Villasanta (capienza 5)
- NF Birbe - via C. Ampusi, 1b -Arcore (capienza 5)
- NF L' Arcobaleno - via B. Angelico, 3 - Besana B. (capienza 5)
- NF Scarabocchiando in Casa di Dianora -via Gioberti, 9 -Seveso (capienza 5)
- NF Pomodorino - piazza Castello, 7 - Sulbiate (capienza 5)
- NF Scarabocchiando a casa di Alessandra e Giulia - via A. Gramsci,7 - Mezzago (capienza 5)
- NF Simpatiche Canaglie - via Roma, 20 - Bellusco (capienza 5)
- AN Il Mondo delle Favole- via don Mandelli,69- Sulbiate (capienza 21)
- AN Il Pianeta dei Bambini- via Colombo, 31 Meda (capienza 15)
- AN Oplà - via Diaz,42 -Vimercate (capienza 16) **variazione**
- NF L' Isola che non c'è -via delle Brughiere -Misinto (capienza 5) **esito negativo**
- NF Cresciamo Insieme - via Brera, 5 - Ceriano Laghetto (capienza 5) **trasformazione**
- AN Coccole - via Indipendenza, 76 -Meda (capienza 12) **nuova/ trasferimento**
- MN Nemo e Dory -via Torino, 43- Lazzate (capienza 10)
- AN Maria Bambina - via Manzoni,10 -Besana B. (capienza 33) **revocata**
- AN La Rondine -via G. D' Annunzio -Roncello (capienza 31) **trasferimento in altra sede**
- AN Papaveri e Papere - via Nazario Sauro,12 - Arcore (capienza 36) **nuova/preesistente**
- Micronido Il Bosco Incantato – via Maroncelli, 3 – Bernareggio (capienza 10)

CPE -TIPOLOGIE	nuove UDO	volute	trasformazioni/trasferimenti/conclusioni PP	Totale CPE
servizi prima infanzia (an; micronido; cpi; nf)	20 (*2)	2	7	29
comunità residenziali per minori	2	0	1	3
comunità residenziali per disabili	0	0	1	1
centri socio-educativi	1	0	5	6
centri aggregazione giovanile	0	1 (*1)	1	2
servizi formazione all'autonomia	0	0	1	1
centri per anziani	0	0	0	0
alloggi protetti anziani	1	0	0	1
centri ricreativi diurni permanenti	1	0	0	1
TOTALE *esito negativo/revoca	25	3	16	44

VERIFICA ROUTINARIA SULLE UDO NON OGGETTO DI VALUTAZIONE NEL 2013

Per potenziare l'efficacia della vigilanza si è proceduto alla realizzazione di incontri per favorire l'autocontrollo da parte dei gestori (1 con i Comuni gestori diretti di AN; 1 con i gestori CAG) in collaborazione con UU.

La check list utilizzata (una per ogni tipologia per i requisiti specifici), sia pure modificata nel tempo, è stata definita in un obiettivo aziendale anno 2004, con il DPM per porre attenzione ai requisiti previsti dalla normativa secondo la logica del miglioramento della qualità; pertanto si è scelto di chiedere ai gestori di predisporre dei documenti "sistemici" su aspetti gestionali e formazione.

La mancanza di tale documentazione costituisce valutazione negativa ma non può esitare in una prescrizione sanzionabile. Il requisito più sensibile e complesso è quello relativo al personale (standard, titoli di studio e contratti) per i quali è necessaria una competenza specifica che si acquisisce nella conoscenza delle diverse modalità presenti.

Dal 2009 si è assistito ad una progressiva diminuzione delle liste di attesa per l'accesso agli AN, quale conseguenza della riduzione dell'occupazione femminile e non solo (salvo per gli AN comunali); pertanto la verifica dell' "over booking " dei bambini iscritti si presenta come fenomeno quasi scomparso. In aumento invece l'iscrizione di bambini in forma flessibile rispetto alla presenza a tempo pieno (5 giorni x 8-9 ore giornaliere).

Si sono dati riscontri alla richiesta della DG Famiglia per una prossima modifica della normativa regionale di riferimento (agli atti relazione specifica).

SINTESI ATTIVITA' AREA UDO SOCIALI - 2014

Tipologia UDO	CPE	Routinaria	Segnalazioni	TOTALE VISITE 2014	VISITE PROGRAMMATE 2014	TOTALE UDO 01.01.2014
servizi prima infanzia (an; micronido; cpi; nf)	29	102	3	133	91	210
comunità residenziali per minori	3	19	0	22	11	24
comunità residenziali per disabili	1	11	0	12	12	13
centri socio-educativi	6	0	0	6	2	13
centri aggregazione giovanile	2	13	0	15	15	15
servizi formazione all'autonomia	1	3	0	4	4	4
centri per anziani	0	8	0	8	8	8
alloggi protetti anziani	1	0	0	1	0	0
centri ricreativi diurni permanenti	1	0	0	1	0	0
TOTALE	44	156	3	202	143	288
Attività di vigilanza SISP su UDO programmate		30 (2° sem.)				
ALTRO (CASA FAMIGLIA ANZIANI)			1	1		

NOVITA' REGIONALI 2014 IN AREA UDOS

- Si è completata la codificazione delle CAM con messa a regime del sistema regionale "Minori Web" in connessione con Misura 6 della DGR 856/2013; si è avviato il sistema di anagrafe regionale con relativa codificazione in sinergia con il livello organizzativo dell'Ente locale (Uffici Unici Sovracomunali).
- Sono state inviate osservazioni alla DG Famiglia (ASLMB prot. n. 38458/2014 invio del 13/05/2014) sulla prospettata modifica della normativa regionale a partire da quella sui servizi per la prima infanzia.

3.3 CONTROLLO E VIGILANZA UNITA' D'OFFERTA SOCIO-SANITARIE

AVVIO DI NUOVE STRUTTURE SOCIO-SANITARIE O MODIFICHE DI UDO ESISTENTI (SCIA; ACCREDITAMENTO, VOLTURE, VARIAZIONI)

Il 2014 non ha registrato domande di SCIA per nuove strutture socio-sanitarie in quanto la DGR n. X/1185 del 20.12.2013 ha esplicitamente sospeso per l'anno 2014 nuovi accreditamenti per UDO socio-sanitarie, fatta eccezioni di situazioni specifiche e declinate nella DGR.

Nei primi mesi del 2014 si sono concluse le verifiche di SCIA delle UDO che hanno presentato domanda entro fine anno 2013: 1 RSD, 1 Hospice, 1 ADI e 1 CDD. Alcune SCIA sono pervenute per cambio natura giuridica, modifica sostanziale degli spazi, ampliamento posti, trasferimento sede.

L'U.O. di Vigilanza NACSS ed i Tecnici del Dipartimento di Prevenzione (SIS,SISP,SIAN e SPSAL) hanno effettuato sopralluoghi integrati per tale attività. Per tutte le UDO in questione si è confermata la presenza di requisiti ai 90 giorni dalla DGR di accreditamento nel rispetto dei tempi previsti.

Tipologia UDO	Verifica SCIA e SCIA contestuale	Verifica 90 giorni
RSD	1	1
RSA	0	1
CDI	1	0
CONSULTORI	1	0
HOSPICE	1	1
ADI	3	1
CDD	0	2
SMI	1	0
COMUNITA' TOX	1	0
TOTALE	9	6

CONTROLLO DELLA PERMANENZA DEI REQUISITI DI ACCREDITAMENTO SUL 50% DELLE UNITA' D'OFFERTA DELLE UDO SOCIO-SANITARIE

La rendicontazione di seguito riportata riguarda la vigilanza sul territorio della ASL Monza e Brianza e la vigilanza incrociata sul territorio della ASL Milano 1. E' suddivisa per tipologia di UDO.

RSA – CDI – HOSPICE ASL MB

La verifica dei requisiti di messa in esercizio e di accreditamento prevista da Piano Controlli 2014 è stata attuata come indicato nella tabella sottostante

Tipologia UDO	UDO al 01.01.2014	UDO da verificare 2014	UDO verificate 2014
RSA	37	19	20(di cui 1 extra-campione)
CDI	22	11	11
HOSPICE	2	1	1
TOTALE	61	31	32

L'attività dell'equipe di vigilanza composta , generalmente, da un'assistente sociale/educatore e un' assistente amministrativa è stata realizzata, senza preavviso, in collaborazione con i Tecnici del Dipartimento di prevenzione medica (SIS –SISP- SPSAL), i quali hanno effettuato il controllo degli aspetti strutturali, tecnologici generali e specifici in modalità integrata.

La check-list utilizzata per la verifica del mantenimento dei requisiti di esercizio e accreditamento non ha subito modifiche rispetto a quella in uso nel corso del 2013 e sostanzialmente riporta elementi essenziali previsti dalla normativa vigente.

Le verifiche condotte hanno evidenziato un buon livello da parte degli Enti Gestori relativamente all'organizzazione e alla registrazione delle attività e non si sono verificate situazioni di grave carenza o mancanza di requisiti.

Per quanto riguarda il monitoraggio dei requisiti gestionali, si è verificato il rispetto degli standard di personale richiesti; le criticità riscontrate e che comunque non precludono il mantenimento dei requisiti di accreditamento sono relative al mancato aggiornamento o incompletezza dei seguenti documenti: organigramma o funzionigramma, procedure assistenziali, relazione annuale.

Il sistema della "customer-satisfaction" per la rilevazione del gradimento ospiti /famigliari/ operatori oramai a regime in tutte le strutture, registra una scarsa adesione alla compilazione, plausibilmente per due ragioni:

- i familiari preferiscono avere un rapporto diretto con i Responsabili della struttura;
- in strutture di piccole dimensioni, lo strumento "questionario" non garantisce il pieno anonimato.

Le prescrizioni impartite dal Dipartimento di Prevenzione Medica sono state tutte ottemperate oppure oggetto di azioni di adeguamento.

CDD-RSD-CSS ASL MB

Il campione del 50% delle UDO è stato costituito da n. 11/22 CDD, n. 3/5 RSD, n. 2/4 CSS. In ordine alla completezza ed alla coerenza degli strumenti di registrazione adottati si è evidenziato che in tutte le UDO la situazione è sostanzialmente adeguata.

In relazione all'individuazione di azioni di miglioramento, si è evidenziato che uno strumento utile in dotazione di alcuni gestori (scheda di rilevazione dei comportamenti/problema) nel corso dell'anno è stato esteso a tutti i Gestori.

In tutte le strutture soggette a verifica non sono emersi problemi ostativi alla conferma dell'accREDITAMENTO: si segnala solo una sanzione comminata dal SIS per una CSS e due prescrizioni del SISP ad altrettanti CDD.

L'equipe di vigilanza, formata da una Assistente Sociale e da uno o due Educatori, ha effettuato la maggior parte delle verifiche nella stessa visita ispettiva sia per i requisiti di accREDITAMENTO che di appropriatezza.

Tipologia UDO	UDO al 01.01.2014	UDO da verificare 2014	UDO verificate 2014
CDD	22	11	12
RSD	5	3	3
CSS	4	2	2
TOTALE	31	16	17

RIABILITAZIONE AMBULATORIALE E RESIDENZIALE ASLMB

La verifica dei requisiti di messa in esercizio e di accREDITAMENTO prevista da Piano Controlli 2014 è stata attuata come programmato ad una struttura di Riabilitazione Ambulatoriale Territoriale .

L'attività dell'equipe di vigilanza composta dal Medico Responsabile dell'U.O., infermiera P.O., senza preavviso, in collaborazione con il tecnico del Dipartimento di prevenzione medica (SISP) , hanno effettuato il controllo degli aspetti strutturali, tecnologici generali e specifici in modalità congiunta.

La check-list utilizzata per la verifica del mantenimento dei requisiti di esercizio e accREDITAMENTO non ha subito modifiche rispetto a quella in uso nel corso del 2013.

La verifica condotta ha evidenziato un buon livello da parte dell'Ente Gestore relativamente all'organizzazione e alla registrazione delle attività e non si sono verificate situazioni di carenza o mancanza di requisiti.

Per quanto riguarda il monitoraggio dei requisiti gestionali, si è verificato il rispetto degli standard di personale richiesti.

Le criticità riscontrate , le quali, comunque, non precludono il mantenimento dei requisiti di accREDITAMENTO sono relative all'aggiornamento del progetto dell'impianto elettrico e revisione del Piano di emergenza (SISP): è stata richiesta azione di adeguamento.

ADI MB

Le UDO ADI presenti sul territorio accreditate presso l'ASL MB verificate nel 2014 sono state N° 6 su 10 presenti .

I controlli del mantenimento dei requisiti di accREDITAMENTO hanno avuto tutte esito positivo. Delle 6 visite ispettive programmate dal Piano Controlli 2014, 2 sono state eseguite in concomitanza alla presentazione di SCIA per modifica degli spazi non riscontrando difformità rispetto a quanto richiesto dalla normativa di riferimento (3541/12)

Dalle verifiche ispettive non si evidenziano criticità degne di nota o soggette a prescrizioni o sanzioni.

Tipologia UDO	UDO al 01.01.2014	UDO da verificare 2014	UDO verificate 2014
ADI*	10	6	6
TOTALE	10	6	6

*I Gestori ADI presenti sul territorio accreditati in altre ASL sono 19.

VIGILANZA INCROCIATA SULLE UDO GESTITE DALLA ASL MI1: VERIFICA REQUISITI DI ACCREDITAMENTO

Il 50% delle UDO accreditate del territorio della ASL MI 1 è costituito da n. 18 UDO nelle tipologie di seguito riportate:

tipologia	N. UDO PRESENTI	N. UDO VERIFICATE	P.P.
RSA	1	1	RSA PERTINI
CDI	1	1	CDI PERTINI
CF	15	7	CF MAGENTA
CDD	10	5	
SERT-NOA	7	3	
HOSPICE	1	1	
TOTALE	35	18	3

RSA e CDI "S.PERTINI": e' stata effettuata visita ispettiva in commissione integrata con i tecnici del DPM; entrambe le strutture sono in Piano Programma.

HOSPICE MAGENTA: il sopralluogo effettuato in commissione integrata con i tecnici del DPM per la verifica dei requisiti tecnologici/ strutturali e organizzativi/gestionali ha avuto esito positivo.

CDD (2 Magenta, 1 Rho, 1 Lainate e 1 Rescaldina): su 10 CDD gestiti l'équipe della UO Vigilanza del Servizio NACSS (assistente sociale/infermiera, educatore e operatore tecnico), integrata dalla presenza di operatori del SISP e SIS (con accessi congiunti) ha effettuato su 5 udo, nella stessa giornata, la vigilanza sui requisiti di accreditamento e il controllo di appropriatezza. Per la valutazione dello standard di personale (presenza delle figure professionali con minutaggio specifico), si è acquisita la documentazione relativa alle ore effettivamente lavorate nel maggio 2014 e alle presenze degli utenti suddivisi per classi SIDI nello stesso mese. Per tutte le sedi tale requisito è presente; non sono emersi problemi per la conferma dell'accREDITAMENTO; si rileva la necessità di implementare la formazione del personale alla lotta antincendio e sulla sicurezza.

CONSULTORI FAMILIARI ASL MI 1: Le sedi individuate per la verifica 2014 sono 7 su 15 sedi principali (con ulteriori 3 sedi distaccate) che costituiscono la rete dei Consultori Familiari gestita dalla ASL Milano 1.

L'équipe della UO Vigilanza del Servizio NACSS (assistente sociale ed educatore), integrata dalla presenza di operatori del SISP e SIS (anche in modalità integrata), ha effettuato contemporaneamente la vigilanza sui requisiti di accreditamento e il controllo di appropriatezza. Per la valutazione dello standard di personale (presenza delle 5 figure professionali senza minutaggio specifico), si è acquisita la documentazione relativa alle ore effettivamente lavorate nel maggio 2014. Per tutte le sedi tale requisito è presente, salvo nella sede di Corsico (ore da altra sede consultoriale per la figura dell'infermiera professionale; da gennaio 2015 verrà acquisito un Infermiere per 22 ore settimanali).

CF di Magenta – via Lombardia, 1 (compreso PIANO-PROGRAMMA): la verifica ha tenuto conto che la sede è ancora in autorizzazione provvisoria, con un PP che dovrebbe concludersi nel 2015 con il trasferimento in una nuova sede.

CF di Parabiago - via XXI febbraio, 31

CF di Busto Garolfo – via 24 maggio, 17

CF di Abbiategrasso – piazza Mussi,1

CF di Rho – via Martiri di Belfiore, 12 – SCIA e contestuale accREDITAMENTO per cambio sede

CF di Corsico – via Armando Diaz, 46

CF di Cesano Boscone – via Vespucci, 7

SERT/NOA ASL MI1

Le sedi individuate per la verifica 2014 sono 3 su 7 sedi, le quali costituiscono la struttura complessa del Servizio Territoriale per le dipendenze gestito dalla ASL Milano 1. L'équipe della U.O. Vigilanza del Servizio NACSS (assistente sociale ed educatore), in congiunta con un tecnico del SISP, ha effettuato contemporaneamente la vigilanza sui requisiti di accreditamento e il controllo di appropriatezza; gli operatori SIS hanno effettuato il sopralluogo in date differenziate. Si è rilevata una sostanziale presenza dei requisiti di accreditamento

SERT di Parabiago - via Spagliardi, 19

SERT di Rho – via Settembrini, 1

NOA di Abbiategrasso – piazza Mussi, 1

VIGILANZA SUL MANTENIMENTO DEI REQUISITI SOGGETTIVI DI ESERCIZIO E ACCREDITAMENTO-VERIFICA AUTOCERTIFICAZIONI

Come previsto dalla normativa nel 2014 sono state richieste le autocertificazioni sul possesso dei requisiti trasversali di esercizio e accreditamento del Legale Rappresentante, dell'Ente Gestore e dell'Organo di Amministrazione. Il piano controlli ha stabilito le percentuali di autocertificazioni da verificare attraverso l'accesso alle Pubbliche Amministrazioni.

Verifica del 10% delle autocertificazioni inviate annualmente dal L.R. degli Enti Gestori - n. 12 :

- 1) La Meridiana Due Società Cooperativa Sociale
- 2) La Meridiana Società Cooperativa Sociale
- 3) Fondazione Don Angelo Bellani Onlus
- 4) Cooperativa Sociale Quadrifoglio
- 5) Società Cooperativa Sociale Solaris Onlus
- 6) Villa Paradiso srl
- 7) Cooperativa Sociale Nuovo Solco Onlus
- 8) Codess Sociale - Società Cooperativa Sociale Onlus
- 9) Centro Orientamento alla Famiglia Monza
- 10) Associazione Il Ritorno Onlus
- 11) Associazione Comunità Nuova Onlus
- 12) Stefano Casati Cooperativa Sociale

Verifica del 10% delle autocertificazioni presentate dal L. R. degli E.G. di UDO partecipanti ai progetti della DGR 856/2013 - n. 2 :

- 1) Hospita
- 2) CRM Sociale

Verifica delle autocertificazioni presentate dal L. R. degli E.G. di UDO che erogano prestazioni ex DGR 3239 - n. 1:

- 1) Anni Azzurri per la RSA Villa Reale

Verifica dei requisiti soggettivi su E.G. di UDO non a contratto – n. 2:

- 1) Congregazione Suore Infermiere di San Carlo - solo autorizzato
- 2) CDI Stefania Invernizzi Soc. Coop. - accreditato ma non a contratto

Requisiti autocertificati e modalità di verifica – situazione al 31/12/2014:

- **Requisiti soggettivi del Legale Rappresentante e degli organi di amministrazione:** Richiesta dei certificati carichi pendenti al casellario del Tribunale di Residenza; Richiesta dei certificati delle sentenze passate in giudicato al casellario del Tribunale di Monza e Brianza (prevalentemente attraverso la procedura MASSIVA): *sono stati acquisiti tutti i certificati.*
- **Antimafia:** attivata procedura di rilascio della comunicazione/informativa antimafia da parte della Prefettura competente; è ancora in corso il recepimento delle certificazioni.

Verifica dei requisiti dell'Ente Gestore:

- **Personalità giuridica:** verificata l'iscrizione negli appositi registri. Attività effettuata in collaborazione con gli Affari Generali (acquisizione delle Visure Camerali);

- **Presenza del documento contabile finanziario e dell'organo di controllo:** verifica tramite documentazione agli atti e verbali di sopralluogo.
- **Affidabilità e solvibilità:** la documentazione dalla Centrale dei Rischi è stata richiesta ai Legali Rappresentanti che hanno presentato istanza alla Banca d'Italia. *Sono pervenuti tutti i documenti da parte degli E.G.*
- **Procedure concorsuali:** richieste alle cancellerie dei tribunali competenti l'attestazione di "Assenza di Stato di fallimento, liquidazione coatta, concordato preventivo e assenza di procedimenti per la dichiarazione di tali situazioni" di tutti gli E.G. . *Sono state acquisite tutte le attestazioni.*
- **Rispetto degli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse, secondo la legislazione nazionale:** richiesta all'Agenzia delle Entrate competente territorialmente l'attestazione di regolarità fiscale. *Sono in corso di acquisizione dagli Uffici dell'Agenzia delle Entrate le certificazioni.*
- **Rispetto degli obblighi relativi ai pagamenti dei contributi previdenziali e di tutti gli obblighi derivanti:** è in corso l'attivazione della postazione INPS/ INAIL per la richiesta DURC.
- **Rispetto delle norme che disciplinano il diritto del lavoro dei disabili (Legge 68/99):** richiesta agli Uffici di collocamento provinciali territorialmente competenti l'attestazione di ottemperanza. *Sono stati acquisite tutte le attestazioni.*

Verifica della relazione dell'organismo di vigilanza ex D.Lgs. 231/2001

Sono state richieste ed acquisite le relazioni degli Organismi di Vigilanza degli Enti Gestori come richiesto dalla normativa vigente. Tutti gli Enti Gestori di U.d.O rientranti nella fattispecie hanno assolto al debito informativo.

Verifica delle Schede Struttura ex DGR 3540/2012

Le schede struttura verificate al 30.06.2014 sono state:

SCHEDE STRUTTURA	SCHEDE	WEB
RSA	37	37
CDI	21	
HOSPICE	1	
RSD	4	
CSS	4	
CDD	22	
CF	10	
DIPENDENZE	6	
ADI	9	
TOTALE	114	37

Gli invii sono stati effettuati nei tempi e nei modi previsti con report positivo.

MONITORAGGIO PIANI PROGRAMMA DELL'ASL MONZA E BRIANZA E ASL MILANO 1

Le UDO interessate da Piani Programma di adeguamento, sottoposte a monitoraggio semestrale ai sensi della DGR n. 1185/13 sul territorio della ASL Monza e Brianza sono 2: Fondazione Don Gnocchi e Istituto La Nostra Famiglia, due strutture di Riabilitazione Territoriale ambulatoriale del territorio ASL MB.

In relazione alla vigilanza incrociata sul territorio della ASL Milano 1 sono 3: RSA e annesso CDI "Sandro Pertini" di Garbagnate Milanese e il Consultorio Familiare di Magenta del territorio dell'ASL Milano 1, derivante dalla vigilanza incrociata.

Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus, Servizio Riabilitazione Territoriale.

Con Deliberazione ASL MB n. 744 del 28.03.2014 è stato prorogato al 31.12.2015 il Piano Programma della UDO; con nota Prot. n. 78052/2014 del 16/10/2014 l'Ente Gestore ha comunicato l'assetto definitivo delle sedi costituenti il Servizio di Riabilitazione territoriale a partire da gennaio 2015:

Sede principale: Seregno, via Piave 12

Sedi periferiche: Lentate S/Seveso, Via Piave, 11; Barlassina, Via Don Borghi, 4; Vimercate, Via Rossino.

Il giorno 15/12/2014 è stato effettuato, da parte dei tecnici dell'Equipe della UO NACSS, congiuntamente con il Servizio ISP del DPM, sopralluogo di verifica presso l'ambulatorio di Monza, Via D'Annunzio per le verifiche del caso: è prevista la chiusura dell'Ambulatorio come da Piano Programma.

Con nota Prot. asl mb n. 98179/2014 del 30/12/2014, avente per oggetto "Comunicazione preliminare di inizio attività dell'ambulatorio di Vimercate - Via Rossino", il Presidente dell' EG ha comunicato l'apertura dell'ambulatorio di Vimercate in via Rossino a far data dal 07/01/2015, a completamento parziale del Piano programma del Servizio di Riabilitazione territoriale della Brianza della Fondazione Don Gnocchi.

L'ambulatorio di Vimercate di via de Ponti 15 è chiuso a far data del 7.01.2015.

La Fondazione si impegna nel corso del primo trimestre 2015 alla chiusura definitiva del Piano programma.

L'Equipe di Vigilanza ha programmato, congiuntamente ai Servizi SIS e SISP del DPM, il sopralluogo di verifica presso l'ambulatorio di Vimercate via Rossino 11, entro primo trimestre 2015.

Associazione La Nostra Famiglia: Centro di Riabilitazione Territoriale, sede di Carate Brianza (MB).

Con deliberazione ASL MB n. 713 del 28 febbraio 2014, è prorogata al 31.12.2015 l'autorizzazione temporanea al funzionamento della UDO sita in via Riva, 6 a Carate Brianza, per attività riabilitativa in area generale e geriatrica.

Con nota Prot. asl mb 85393/14 del 10/11/2014, l'Ente Gestore ha comunicato lo stato di fatto e le attività poste in essere da luglio ad ottobre 2014. Allegata alla comunicazione è presente la relazione tecnica "Analisi requisiti antincendio e misure di sicurezza attuate e da attuarsi presso la sede dell'Associazione La Nostra Famiglia di Carate Brianza – Piano straordinario di sicurezza" aggiornata al 31/10/2014.

Il giorno 10/12/2014 è stato effettuato da parte dei tecnici dell' UO NACSS, congiuntamente con il Servizio ISP, sopralluogo di verifica e controllo presso la sede della UDO per i controlli del caso; l'esito finale non evidenzia criticità salienti in atto.

ASL MILANO 1

Con riferimento alle deliberazioni del Commissario Straordinario dell'ASL di Monza e Brianza n. 711 e 712 del 28 febbraio 2014, è stata concessa la proroga all'autorizzazione provvisoria al funzionamento sino al 31/12/2015 per le tre strutture interessate : RSA e CDI "Sandro Pertini" di Garbagnate Milanese – Consultorio Familiare di Magenta.

Il Direttore Generale dell'ASL MI 1 con note n.17240 e n. 17244 del 26 febbraio 2014 ha confermato l'andamento dei rispettivi programmi di adeguamento.

Il monitoraggio semestrale è stato attuato a giugno 2014 mediante acquisizione di documentazione attestante da parte del Direttore Generale dell'ASL MI 1 della sussistenza delle evidenze dichiarate nelle note sopra menzionate del 26/02/2014 e a Dicembre 2014 mediante sopralluogo.

RSA E CDI Sandro Pertini via per Cesate 62 Garbagnate (MI).

E' stato effettuato in data 17/12/2014, da parte dei tecnici dell'UO NACSS congiuntamente con i Servizi SIS e SIAN del DPM, sopralluogo di verifica semestrale del Piano Programma, per quanto di stretta competenza. Dalla visita ispettiva si rileva un ottimo livello e buone performance relativamente alle procedure organizzativo –gestionali. Sono state emesse prescrizioni relative alla definizione di un crono programma per le opere di manutenzione ordinaria e straordinaria, per quanto già non espressamente definito nel Piano Programma.

Lo standard di personale (presenza delle figure professionali previste dalla normativa specifica vigente) calcolato sulle base delle ore effettivamente lavorate nel mese di maggio 2014 e alle presenze effettive degli utenti risulta adeguato.

CF di Magenta – via Lombardia, 1

E' stato effettuato in data 21/10/2014 da parte dei tecnici dell'U.O. NACSS congiuntamente con il DPM sopralluogo di verifica semestrale del Piano Programma. Il PP dovrebbe concludersi nel 2015 con il trasferimento in una nuova sede.

Il SIS ha chiesto di rendere disponibile la documentazione DM 37/2008 con allegati obbligatori e la verifica periodica DPR 462/2001. Il SISP ha rilevato l'esigenza di implementare il protocollo di sanificazione e completare gli accessori dei servizi igienici; in relazione all'utilizzo del piano interrato si è chiesto di mantenere fruibili gli accessi asserviti alla rampa esterna; mettere a disposizione un armadietto a doppio scomparto per il personale sanitario. Non si rilevano comunque criticità atte a richiedere interventi straordinari.

Attività integrata con i Servizi del Dipartimento di Prevenzione Medica

Le verifiche sugli aspetti strutturali e tecnologici generali e specifici sono state effettuate in momenti diversi fatta eccezione per i sopralluoghi per la messa in esercizio o modifica di UDO esistenti che sono espletati in modalità congiunta. La modalità congiunta è stata utilizzata per la vigilanza incrociata dei CDD sul territorio dell'ASL Milano 1. Al Responsabile del Dip. Di Prevenzione Medica (SPSAL – SIS – SISP) sono stati forniti i calendari con indicazione delle UDO campionate pari al 50% delle UDO esistenti al 31/12/2013 per i controlli routinari. Il Servizio protezione e sicurezza ambienti di lavoro ha effettuato i sopralluoghi solo nelle strutture residenziali (RSA RSD HOSPICE).

Al 31.12.2014 i sopralluoghi effettuati e rendicontati dal Dipartimento di Prevenzione Medica sono stati

Tipologia UDO	CONTROLLI SIS P	CONTROLLI SIS	CONTROLLI SIAN	CONTROLLI SPASL
RSA	19	20	34	19
CDI	9	11	2	0
HOSPICE	1	1	1	1
RSD	3	2	2	3
CDD	16	14	0	0
CSS	2	2	0	0
RIABILITAZIONE AMBULATORIALE	2	0	0	0
TOTALE	52	50	39	23

Dalle verifiche condotte sinora è emerso che le UDO oggetto di controllo rispettano tutti i requisiti e le prescrizioni impartite, che non precludono il mantenimento dei requisiti di accreditamento, sono state ottemperate.

3.4. CONTROLLO E VERIFICA DELL'APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE

Il concetto di "appropriatezza" in ambito socio sanitario è strettamente connesso al concetto di "Qualità" del Servizio erogato, creando un sistema dinamico finalizzato sempre più al miglioramento della qualità delle prestazioni e di una sana competizione tra gli stessi erogatori.

La finalità che l'ASL persegue nei controlli di appropriatezza è la valutazione delle prestazioni erogate correlate ai reali bisogni socio assistenziali e sociosanitari degli utenti che ne usufruiscono.

Rispondere ai bisogni socio assistenziali e sociosanitari in modo adeguato, con efficacia delle prestazioni ed efficienza delle risorse impiegate, implica che vi sia a monte la corretta valutazione del bisogno dell'utente.

Per sostenere un sistema dinamico proiettato al miglioramento continuo della qualità dei servizi erogati, senza perdere di vista il concetto della scarsità di risorse e della razionalizzazione delle stesse è necessario che l'ASL in coerenza con quanto previsto dalla normativa regionale agisca in modo integrato con gli erogatori sia essi accreditati che solo autorizzati.

Una corretta valutazione del bisogno deve prevederne la multidimensionalità, la presenza di equipe multi professionali e l'utilizzo di strumenti/scale validate scientificamente a livello internazionali.

Per il 2014 i controlli di appropriatezza sono stati effettuati secondo due diverse modalità differenziandosi tra primo semestre e secondo semestre.

Nel primo semestre, in applicazione della norma regionale DGR 4980/13 si è proceduto ai controlli applicando gli indicatori già in uso l'anno precedente in modo sperimentale, mentre per il secondo semestre sono stati applicati gli indicatori declinati dalla nuova normativa DGR 1765/14 " Il Sistema dei controlli in ambito sociosanitario: definizione degli indicatori di appropriatezza in attuazione alla DGR X/1185 DEL 20/012/2013".

I controlli hanno previsto la verifica dei FASAS sul 50% delle UDO non verificate l'anno precedente.

Per tutte le UDO del territorio ASL è stato estrapolato, tramite i flussi del debito informativo rendicontati, il campione del 15% degli utenti presenti nel 2013, fatta eccezione, come da indicazioni regionali, il 10% per l'ADI e 10% per la Riabilitazione residenziale e ambulatoriale territoriale.

UDO ASL MONZA BRIANZA	Numero totale 15% FASAS	FASAS totali controllati
RSA	392	400
CDI	60	71
Hospice	3	3
RSD	21	24
CDD	39	50
CSS	4	17
DIP. RESID	10	10
RIAB. AMBULAT	167	170
ADI (ex post- in itinere- adi palliative, sperimentazioni 856)	188	198

I controlli di appropriatezza nel secondo semestre sono stati effettuati anche alle UDO dell'ASL Milano 1 per effetto della Vigilanza Incrociata prescritta attraverso la norma regionale DGR 1185/13.

I criteri adottati per i controlli dei FASAS ha previsto una metodologia mista (casuale e mirata) ed ha preso in esame i seguenti parametri : nuovi ingressi, cambi di classe SOSIA o SIDI, deroghe per età (inclusi i FASAS dei nuovi ingressi o cambi classe 2014) e i FASAS individuati secondo modalità di campionamento casuale semplice.

I controlli di appropriatezza del primo semestre, con l'applicazione della DGR 4980/13, ha visto la verifica di indicatori "trasversali" applicabili a tutte le UDO e indicatori "specifici" per le singole UDO.

I controlli effettuati nel primo semestre si sono concentrati per la maggior parte dei controlli sull'area della disabilità, senza tralasciare altre UDO, in seguito si è posta l'attenzione all'approfondimento della nuova DGR 1765/14 pubblicata nel mese di maggio; sono stati elaborati gli strumenti di rilevazione degli indicatori con la possibilità di "pesare" i nuovi indicatori come declinati dalla normativa.

Dalle verifiche effettuate nel primo semestre non sono emerse criticità tali da esitare in sanzioni o prescrizioni

Nel secondo semestre i controlli di appropriatezza programmati ed effettuati, hanno visto l'applicazione dei nuovi indicatori senza l'applicazione di sanzioni specifiche. La nuova normativa DGR 1765/14 prevede il sistema sanzionatorio applicabile alle UDO che non raggiungono il 100% di livello di accettabilità con una tolleranza del 5%, per cui saranno in seguito sanzionabili le UDO che non raggiungono il 95% di livello di accettabilità.

La DGR 1765/2014 ha definito un set minimo di indicatori, definendo un set di indicatori "generali" quindi applicabili a tutte le UDO e un set di indicatori "specifici" propri di ogni singola UDO.

Per gli indicatori "generali" fa eccezione la non applicabilità dei primi tre indicatori all'ADI ex post ed in itinere (applicabili alle palliative) poiché la valutazione fa capo agli operatori dei distretti dell'ASL.

A riguardo degli indicatori "generali", si può sintetizzare che la verifica è prioritariamente rivolta alla corretta valutazione multidimensionale del bisogno, mentre gli indicatori "specifici" vanno ad indagare aree proprie dell'utenza afferente all'UDO su aree, definibili maggiormente critiche o degne di maggiore attenzione.

La normativa non definisce gli indicatori specifici riguardanti l'area della Riabilitazione ambulatoriale e residenziale e l'area delle Dipendenze ambulatoriali e residenziali, riservandosi di emanare in seguito ulteriori indicazioni, motivo per cui per queste UDO si applicano solo gli indicatori "generali".

La nuova normativa ribadisce che la responsabilità della presa in carico e le conseguenti strategie di intervento sono in capo all'équipe multidisciplinare dell'Ente erogatore che valuta la situazione dell'utente, ne definisce gli interventi per la soddisfazione del bisogno.

Gli indicatori "Generali" di appropriatezza: i risultati dell'ASL Monza e Brianza

Di seguito vengono riportati gli indicatori "generali" in quanto applicabili a tutte le UDO mentre per gli specifici saranno evidenziati solo alcuni individuati con maggiore criticità di applicazione da parte dei Gestori o con maggiore criticità di valutazione da parte dell'équipe dei controlli ASL.

- 1 Presenza della valutazione/rivalutazione bisogni
- 2 Esistenza di progettazione, pianificazione e tracciabilità interventi attuati
- 3 Coerenza valutazione multidimensionale con la progettazione
- 4 Coerenza pianificazione con gli interventi attuati
- 5 Congruenza tra i dati rendicontati con flusso informativo/debito informativo rispetto a quanto rintracciato nel FASAS.

La valutazione dei controlli effettuati con i nuovi indicatori generali nel secondo semestre 2014 ha evidenziato che la maggioranza dei gestori è coerente a quanto prescritto dalla norma; i FASAS in uso hanno già la modulistica/sezioni per rendere documentabile quanto richiesto. Vi è ancora qualche imprecisione rispetto la modulistica che differenzia il Progetto Individuale PI dal Piano di Assistenza PAI, ma nella sostanza si può concludere che da parte dell'équipe vi è l'attenzione ad individuare i bisogni degli utenti e pianificare interventi congrui;

la condivisione del PI/PAI con i familiari in taluni casi è resa difficoltosa per il difficile raggiungimento o presenza del familiare nel processo assistenziale.

Gli indicatori "Specifici" di appropriatezza: i risultati dell'ASL Monza e Brianza

AREA ANZIANI

Per le **RSA** gli indicatori specifici vanno ad individuare le aree di seguito riportate: le cadute, la contenzione fisica, il dolore, le lesioni da pressione, la nutrizione e l'idratazione, l'area psicosociale, l'area cognitiva e l'area dell'attività motoria.

Nei controlli si evidenzia che la documentazione presente nei FASAS è predisposta alla valutazione e pianificazione delle suddette aree, la registrazione delle prestazioni nel diario ha messo in evidenza la differenza di scelta dei gestori alcuni utilizzano diari/moduli congiunti per tutti ad uso di tutti gli operatori, alcuni hanno predisposto moduli gestiti in modo specifico dai diversi professionisti. L'informatizzazione del FASAS non è ancora in uso nella maggioranza delle strutture.

L'area che ha evidenziato qualche criticità è l'area relativa alla progettazione di attività di animazione/educative per ospiti con deterioramento cognitivo (MMS <= a 19) inseriti in nuclei generici; in alcune delle RSA non vi è evidenza sui PAI di inserimento dell'ospite in attività specifiche in relazione al deterioramento cognitivo. Per gli ospiti inseriti in nuclei specifici per dementi con Alzheimer l'indicatore è soddisfatto.

Per i **CDI** gli indicatori specifici vanno ad individuare le aree di seguito riportate: le cadute, la contenzione fisica, il dolore, la nutrizione e l'idratazione, l'area psicosociale, l'area cognitiva e l'area dell'attività motoria.

Le criticità riscontrate con maggior frequenza sono:

Scarsa declinazione degli interventi e degli obiettivi riabilitativi all'interno del PAI (tipo attività e frequenza);

mancata somministrazione della scala del dolore: test considerato poco appropriato e sempre adatto alla tipologia di utenza;

scheda CDI WEB non sempre presente all'interno del FASAS;

A seguito della emanazione della nuova DGR 1765/2014 dell' 8/5/2014 che ha abrogato le precedenti indicazioni (dgr 4980) è stato richiesto alle UDO di predisporre e intraprendere azioni di miglioramento per la puntuale rilevazione di tutti gli indicatori richiesti.

AREA DISABILITA'

RSD: la valutazione della gran parte delle strutture è stata effettuata nel primo semestre; si è riservato il controllo in una struttura di nuova apertura effettuato alla fine del secondo semestre. Gli indicatori specifici per le RSD vanno ad individuare le aree di seguito riportate: valutazione delle funzioni primarie, mobilità, il dolore, autonomia nella cura della persona e nell'alimentazione, gli aspetti cognitivi comportamentali, l'area psicosociale, l'area della vita di relazione. Non sono valutabili aree di criticità per il basso numero di FASAS controllati.

CDD: complessivamente nel corso dell'anno sono stati verificati n. 55 FASAS e le verifiche hanno avuto esito favorevole. Il fascicolo ospite adottato da tutte le UDO risulta completo di tutta la documentazione richiesta (diario medico, PAI, relazioni sociali, documento redatto dal Medico di Medicina Generale).

Il controllo dei FASAS è stato sempre preceduto o intervallato da una visita della struttura, consentendo di verificare l'organizzazione giornaliera, l'esame delle attività in corso con gli ospiti.

L'osservazione diretta conferma la sua importanza nella verifica puntuale della congruenza e coerenza tra la valutazione dei bisogni, la definizione degli obiettivi inseriti nei Progetti Individuali e l'attività programmata ed effettuata. Per i CDD gli indicatori specifici vanno ad individuare le aree di seguito riportate: valutazione delle aree primarie, mobilità, il dolore, autonomia nella cura della persona e nell'alimentazione, gli aspetti cognitivi comportamentali, l'area psicosociale, l'area della vita di relazione.

I controlli nei CDD dell'ASL Monza Brianza sono stati effettuati nel primo semestre applicando gli indicatori della DGR 4980/13 fatta eccezione di 5 FASAS extra campione.

Nel secondo semestre nei controlli di vigilanza incrociata sono stati effettuati i controlli sulle strutture CDD direttamente gestite dall'ASL Milano 1.

Dai controlli effettuati con i nuovi indicatori non emergono criticità degne di nota.

CSS: i controlli sono stati effettuati nel primo semestre: non si evidenziano criticità.

CONSULTORI: la verifica ha riguardato per il secondo semestre 2014 le strutture soggette a vigilanza incrociata dell'ASL Milano 1. Gli indicatori verificati e pesati sono: accoglienza/orientamento, situazioni complesse, relazione con la rete dei servizi, IVG. Le criticità riscontrate sono legate per la maggioranza dei FASAS alla composizione dello stesso FASAS, delle parti che lo compongono e la tenuta in ordine dello stesso.

ADI: i controlli di appropriatezza ADI dell'ASL MB sono stati effettuati con la collaborazione degli operatori distrettuali che hanno dato la disponibilità a collaborare dopo aver partecipato a specifica formazione interna, come pianificato nel Piano controlli 2014. I controlli ADI hanno previsto una parte di controlli di ADI "ex post", effettuati presso le sedi

degli erogatori accreditati con sede principale nell'ASL Monza e Brianza, una parte di controlli "in itinere" effettuati a domicilio dell'utente; inoltre al fine di verificare anche i progetti sperimentali della DGR 856/2013 di "RSA aperta" e Post acuti" sono stati verificati anche 5 FASAS inerenti tali progetti.

Gli indicatori per la valutazione ADI ordinaria "ex post" e "in itinere" hanno previsto indicatori specifici per le due condizioni mentre per l'ADI Palliative sia essi "in itinere" che "ex post" gli indicatori da verificare sono uguali.

Per l'ADI ordinaria "ex post" si è posta attenzione sulla documentazione contenuta nel FASAS e la tenuta dello stesso, per l'ADI "in itinere" è stata posta l'attenzione sulla presenza presso il domicilio del diario e del materiale informativo fornito dall'erogatore.

I controlli "in itinere" hanno evidenziato punti di fragilità del sistema organizzativo dei diversi erogatori che pur effettuando nella sostanza correttamente le prestazioni domiciliari sono meno aderenti alla corretta registrazione degli interventi; la documentazione presente a domicilio spesso è sintetica e scarna di informazioni mentre nel FASAS presente presso la sede accreditata è stata verificata la corretta tenuta della documentazione e delle parti che lo costituiscono. Tale criticità sarà per il 2015 oggetto di confronto con gli erogatori ADI.

L'ADI Palliative "ex post" ha previsto il controllo degli indicatori specifici ponendo l'attenzione maggiormente alla presa in carico e al trattamento del dolore.

Tabella sintetica dei livelli di accettabilità raggiunti nelle UDO controllate nel secondo semestre

UDO	n. UDO controllate 2° semestre 2014	livello minimo di accettabilità raggiunto	livello massimo di accettabilità raggiunto
RSA	18	90%	100%
CDI	9	80%	100%
RSD	1	100%	100%
CDD	6	100%	100%
CSS	0	//	//
HOSPICE ASL MI 1	1	98%	100%
CONSULTORI ASL MI 1	3	74%	100%
ADI cure palliative	3	95%	100%
ADI in itinere	13*	50%	92%
ADI ex post	3	95%	100%
SERT/NOA	3	100%	100%
COM TOX	2	100%	100%

* gli erogatori accreditati presso l'ASL MB sono 10, per effetto dell'opzione degli ambiti territoriali erogatori con sede principale in altra ASL, gli erogatori totali sul territorio ASL MB sono 29

ESITI ATTIVITA' DI APPROPRIATEZZA ASL MI 1:

RSA e CDI

I controlli di appropriatezza effettuati presso la RSA Pertini e il CDI annesso nella stessa struttura hanno previsto:

per RSA: ospiti presenti al 31/12/2013 N° 316 Fasas da verificare n. 48. Fasas controllati n. 49

per CDI: ospiti presenti al 31/12/2013 n. 72 Fasas da verificare 11. Fasas controllati n. 13

Come da accordi con il gestore, il campione è stato individuato sugli utenti presenti al 1° semestre 2014, il numero dei FASAS da controllare è stato elaborato in percentuale del 15% degli ospiti al 31/12/2013 come da indicazioni delle Regole Regionali 1185/13.

L'équipe, costituita dall'infermiere, l'educatore e l'operatore tecnico dell'U.O. NACSS, ha applicato gli indicatori individuati dalla DGR 1765/2014, utilizzando un verbale riassuntivo che sintetizza le conclusioni della visita ispettiva per l'appropriatezza.

I risultati della verifica hanno dato esito positivo con il livello di accettabilità degli indicatori uguale al 100%.

UDO	FASAS	accettabilità
RSA SANDRO PERTINI	49	100%
CDI SANDRO PERTINI	13	100%
HOSPICE Di MAGENTA	12	100%

CENTRI DIURNI DISABILI ASL MI 1

L'équipe, costituita da una assistente sociale/infermiera, un educatore e un operatore tecnico, ha applicato gli indicatori individuati dalla DGR 1765/2014, utilizzando un verbale riassuntivo comprovante il grado di accettabilità.

sede	N. FASAS	accettabilità
CDD di RESCALDINA via Tintoretto,2 - Rescaldina	5	100%
CDD EZIO BRANCATO via S.Bernardo,5 - Rho	5	100%
CDD di LAINATE via B.D'Este - Lainate	5	100%
CDD IL PASSERO via Dei Mille,2 - Magenta	6	100%
CDD PONTEVECCHIO via Isonzo,51 - Magenta	5	100%

I controlli all' **Hospice** sono stati effettuati nel secondo semestre nei controlli di vigilanza incrociata presso una struttura del territorio dell'ASL Milano 1. Gli indicatori verificati e pesati sono le aree di seguito riportate: la presa in carico, il dolore, accompagnamento al fine vita, i protocolli assistenziali. I controlli non hanno evidenziato aree di criticità.

CONSULTORI FAMILIARI ASL MI 1

Come da accordi con il gestore, il campione è stato individuato sui nuovi utenti in accesso nel 1° trimestre 2014 per le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria ex DGR n. 4597 del 28.12.2012 nella misura del 15%, utilizzando il metodo di campionamento casuale semplice.

L'équipe, costituita da un' assistente sociale ed un educatore, ha applicato gli indicatori individuati dalla DGR 1765/2014, utilizzando un verbale riassuntivo comprovante il grado di accettabilità.

Il FASAS costituisce un elemento di novità per l'attività consultoriale che ha trovato una parziale applicazione nelle diverse sedi oggetto di verifica. I responsabili e referenti ASL hanno precisato che nel 2015 sarà possibile un miglioramento degli strumenti interni (esempio: piano individualizzato) e loro diffusione tra gli operatori.

L'attuale situazione esita in un' organizzazione della documentazione dell'attività professionale solo parzialmente adeguata, non favorente l'applicazione puntuale da parte degli operatori interessati, pur in presenza di linee-guida aziendali.

sede	n. FASAS	accettabilità
CF di Magenta – via Lombardia, 1	25	97%
CF di Parabiago - via XXI febbraio, 31	23	100%
CF di Busto Garolfo – via 24 maggio, 17	8	74%
CF di Abbiategrasso – piazza Mussi,1	27	100%
CF di Rho – via Martiri di Belfiore, 12	25	100%
CF di Corsico – via Armando Diaz, 46	17	81%
CF di Cesano Boscone – via Vespucci, 7	36	100%
Totale	161	

SERT-NOA ASL MI 1

Come da accordi con il gestore, il campione è stato individuato sui nuovi utenti in accesso nel 1° trimestre 2014 per le prestazioni di competenza nella misura del 15%, utilizzando il metodo di campionamento casuale semplice.

L'équipe, costituita da un' assistente sociale ed un educatore, ha applicato gli indicatori individuati dalla DGR 1765/2014, utilizzando un verbale riassuntivo comprovante il grado di accettabilità relativamente, nelle more della normativa vigente, ai requisiti trasversali.

La presenza di un sistema informatizzato per la gestione del FASAS consente un'organizzazione sufficientemente adeguata della documentazione relativa agli interventi professionali degli operatori, con una sufficiente tracciabilità dei percorsi di presa in carico/progettazione.

sedi	n. FASAS	accettabilità
SERT di Parabiago - via Spagliardi, 19	54	100%
SERT di Rho – via Settembrini, 1	43	100%
NOA di Abbiategrasso – piazza Mussi,1	35	100%
totale	132	

CONTROLLI APPROPRIATEZZA SULLE SPERIMENTAZIONI

Nel corso del 2014 sono stati oggetto di verifica:

- sperimentazioni 856/2013 "Misura 2 e 4: n. 17 FASAS di cui n. 3 inerenti la misura 4 domiciliare in Itinere";
- sperimentazioni post acuti residenziali ex 3239 = 27 FASAS
- sperimentazioni post acuti domiciliari ex post: 10 FASAS
- sperimentazioni post acuti domiciliari in -itinere: 2 FASAS

le verifiche non hanno evidenziato particolari criticità.

Tabella di sintesi controlli FASAS ASL MB per appropriatezza

TIPOLOGIA UDO	Fascicoli da verificare nel 2014	Fascicoli Verificati nel 1° sem 2014	Fascicoli verificati nel 2° sem 2014
CDI	60	21	50
CDD	39	50	0
CSS	4	17	0
RSA	392	74	318
RSD	21	15	6
Hospice	3	0	3
ADI	188	21	167
DIP. RESID.	10	0	10
RIA AMB.	167	0	167
C.F. ASL MB Vigilanza incrociata BG	=	=	=
DIP. ASL MB Vigilanza incrociata BG	=	=	=

GESTIONE DELLE SEGNALAZIONI

AREA UDO SOCIO-SANITARIE

LA UO di Vigilanza NACSS ha ricevuto 2 segnalazioni riguardanti problematiche assistenziali in RSA.

Le verifiche in loco di quanto segnalato hanno avuto esito favorevole, con la richiesta, comunque, di azioni correttive e preventive di miglioramento.

AREA UDO SOCIALI

Sono state trattate n. 4 segnalazioni relative a: due NF segnalati per una eccedenza di utenti in carico e una non corretta suddivisione nei due alloggiamenti limitrofi; il percorso di accompagnamento del gestore ha portato alla chiusura delle due UDO con trasformazione in micronido (avvenuta nell'anno in corso).

Altra segnalazione ha riguardato un micronido in avvio di esercizio, per difetto di personale e inadeguatezza nella somministrazione dei pasti, conclusosi con esito favorevole.

Altra segnalazione ha riguardato una struttura anomala in Villasanta monitorata con il SISP con relazione specifica inviata alla DG Famiglia (invio del 9 luglio 2014 a dr.ssa L. Lanfredini).

3.5.PROGETTI SPERIMENTALI NELL'AMBITO DELLE POLITICHE DI WELFARE

Misura 4 "RSA/RSD aperta" e misura 2 "Residenzialità leggera" - DGR 856/2013

Si tratta di un'attività afferente al Dipartimento ASSI – Direzione Sociale per quanto attiene la valutazione dei progetti. Da Febbraio a giugno 2014 la UO Vigilanza e Controlli della Direzione Sociale ha garantito la collaborazione con il Servizio Disabili per la fase di start-up, la messa a punto di strumenti idonei per la verifica ed il monitoraggio delle misure che hanno previsto:

- Controllo 10% delle autocertificazioni del legale rappresentante
- Controllo 20% delle prestazioni erogate ai soggetti beneficiari
- Controllo degli aspetti organizzativi gestionali

Sulla base dei dati forniti al 31/8/2014 dal Servizio Disabili è stato calcolato il campione dei progetti da verificare (verifica di appropriatezza).

Complessivamente sono stati verificati n. 14 FASAS presso n. 5 UDO (4 RSA/n. 1 mini alloggio).

Trattandosi di una sperimentazione, l'èquipe composta da un'assistente sociale e due educatori, ha verificato sostanzialmente la presenza del FASAS e la coerenza tra la valutazione dei bisogni, la definizione degli obiettivi inseriti nei Progetti Individuali e l'attività programmata ed effettuata.

I controlli hanno avuto esito favorevole.

Al 31/12/2014 gli enti gestori autorizzati all'attuazione delle misure sono: n. 15 RSA – n.1 RSD e 1 mini alloggio protetto per anziani.

SPERIMENTAZIONI POST –ACUTI EX- DGR 3239/2012

Nel corso dell'anno sono stati effettuati n. 2 sopralluoghi presso i due Enti Gestori Segesta Gestioni e Anni Azzuri di Monza che erogano il servizio residenziale di "Assistenza Post- acuta" ed è stata garantita la consueta collaborazione ai colleghi del Dipartimento ASSI, titolari dei rapporti con Regione, per la rendicontazione dei progetti sperimentali.

La verifica ha riguardato:

- i requisiti organizzativi/gestionali/strutturali
- verifiche dei requisiti soggettivi
- la verifica di appropriatezza.

Nel corso dell'anno alla U.O. NACSS è stato richiesto di verificare oltre ai FASAS degli ospiti seguiti in regime residenziale anche quelli dei soggetti beneficiari dell'assistenza domiciliare; complessivamente l'èquipe di vigilanza, composta da un ass. sociale e due educatori, ha verificato n. 37 FASAS di cui 10 relativi a soggetti post acuti residenziali (valutazione ex- post). Tutte le verifiche hanno avuto esito favorevole.

VERIFICA PER LA MISURA N. 6 DGR 856/2013

Si tratta di un'attività afferente al Dipartimento ASSI – Direzione Sociale per quanto attiene la valutazione dei progetti; per la parte di vigilanza è stata abbinata l'uscita per la verifica delle misure con la vigilanza routinaria; è stata realizzata nel mese di luglio in coincidenza con la rendicontazione del 2° trimestre delle misure a favore dei minori in tutela e il proseguimento della misura in questione.

L'attività di vigilanza sulla applicazione dei requisiti previsti per il riconoscimento delle misure a sostegno dei minori inseriti nelle comunità residenziali del territorio, svolto in stretta sinergia con il competente Dipartimento ASSI, ha comportato la verifica di tutti i soggetti inseriti nelle UDO locali, sulla base dei dati di rendicontazione trimestrale pervenuti dai 5 uffici di piano.

Su 24 comunità operative, per le quali si è realizzato un momento informativo specifico finalizzato a individuare le modalità più adeguate ed omogenee di rendicontazione della misura, 22 sono state oggetto di verifica in loco sul 100% dei minori residenti (62) su 192 (media trimestre) misure attive.

3.6.VIGLIANZA E CONTROLLO EX ARTT.23 E 25 C.C. PERSONE GIURDICHE DI DIRITTO PRIVATO

Il Decreto Direttoriale dell'ASL MB n.26 del 14.11.2012 ha individuato le figure professionali della Commissione per l'esercizio delle funzioni amministrative di controllo, previsto dagli artt. 23 e 25 del Codice Civile, sulle persone giuridiche di diritto privato operanti in ambito socio sanitario e socio assistenziale nel territorio dell'ASL della Provincia di Monza e Brianza

Nel corso del primo semestre del 2014 al fine di dare attuazione all'attività di vigilanza e controllo amministrativo, previsto dagli artt. 23 e 25 del codice civile, sulle persone giuridiche di diritto privato operanti in ambito socio sanitario

e socio assistenziale nel territorio dell'ASL della Provincia di Monza e Brianza, in attuazione dell'art. - 4 c. 33, della Legge Regionale n. 1/20.

L'ASL MB ha partecipato all'incontro tenuto presso la sede della Regione Lombardia effettuato in data 26/03/2014 con la presenza di 2 operatori della Direzione Generale. E' stata approvata, con deliberazione N. 233 del 6 agosto 2014, l'aggiornamento della composizione della Commissione Aziendale preposta a tale attività, procedendo all'individuazione e sostituzione dei componenti della stessa a seguito dei cambiamenti sia dei Dirigenti che organizzativi avvenuti nel periodo oggetto della presente relazione.

Sulla base dell'attività svolta negli anni precedenti, delle indicazioni e dei principi espressi da Regione Lombardia, la Commissione ha concordato le modalità di prosieguo dell'attività considerando quanto previsto dal documento del Piano dei controlli e quanto emerso nell'incontro del 26/03/2014, in particolare ha proceduto a:

- aggiornare l'archivio territoriale delle Persone Giuridiche di Diritto Privato;
- campionare il 15% degli enti oggetto di vigilanza e controllo per le verifiche documentali; all'interno di questo campione, mediante un campionamento casuale, sono stati oggetto di sopralluogo n.5 enti;
- individuare e monitorare eventuali enti trovati in sofferenza per priorità di intervento.

La relazione illustra il percorso che la Commissione ha intrapreso e le attività svolte nel secondo semestre 2014.

I Componenti della commissione si sono riuniti in data 24.09 ed in data 2.12.2014: i verbali sono disponibili agli atti.

Il 1° incontro, convocato con Nota Prot. 69817 del 17.09.2014 dalla Referente Regionale della Commissione, ha avuto all'ordine del giorno i seguenti punti:

- stesura linee guida/procedura aziendale, con particolare riguardo alla definizione di responsabilità, tempi e modi
- individuazione campione delle persone giuridiche di diritto privato, oggetto di controllo 2014
- modalità e tempistica controlli anno 2014.

E' stato recepito l'elenco aggiornato, ultimo disponibile, fornito dalla DG Famiglia, delle Associazioni e delle Fondazioni operanti sul territorio dell'ASL MB: le strutture operanti sono risultate, all'esame dell'elenco, n 49. Di queste 49, 5 sono risultate cessate o cancellate, per un totale di 44 Strutture tra Associazioni e Fondazioni.

Con nota Prot. 73783 del 2/10/2014 è stata richiesta la seguente documentazione a 22 PGP, tra Associazioni e Fondazioni, pari al 50% delle esistenti: atto costitutivo; statuto aggiornato; bilancio consuntivo dell'anno 2013 e relazione al bilancio; relazione con la sintetica descrizione dell'attività ed delle iniziative promosse nel corso della gestione 2013.

Le 22 PGP sono di seguito dettagliate.

N.	DATA ISCR	DENOMINAZIONE	Indirizzo	C.F.
1	07/04/2001	Associazione Vivere aiutando a Vivere	Via L. da Vinci- Usmate	02497290961
2	07/04/2001	Associazione Luce e Vita	Via G.B. Pergolesi - Monza	94531810151
3	07/04/2001	Fondazione Le Due Rose	Via C. Battisti - Ronco B.	94009290159
4	07/04/2001	A.I.A.S	Via Andrea Lissoni, 14- Monza	02470100963
5	15/10/2001	Fondazione della Comunità di Monza e Brianza - ONLUS	Via A. Pennati- Monza	94582420157
6	31/12/2003	Fondazione Casa di Riposo L. e A. Agostoni - Onlus	Via Bernasconi n. 14- Lissone	85008490154

7	31/12/2003	Ex IPAB Associazione – Onlus Scuola di Santa Maria dei Poveri di Aicurzio	Via della Croce n. 1- Aicurzio	non disponibile
8	01/03/2004	Ex IPAB Fondazione Istituto Assistenziale Cabiati e Ronzoni	Via San Benedetto n. 49/51- Seregno	non disponibile
9	14/09/2004	Fondazione Magica Cleme Onlus	Via San Gottardo Monza	94594620158
10	21/01/2005	Fondazione M. e C. Canova	Via A. Manzoni- Lesmo	94037620153
11	15/03/2006	Fondazione Monza e Brianza per il Bambino e la sua mamma (MBBM)	Via Pergolesi- Monza	94600260155
12	08/06/2006	Associazione Il Seme	vicolo Colombo- Varedo	02205700962
13	21/08/2007	Associazione Volontari di Pronto Soccorso e Pubblica Assistenza di Vimercate	Via Cadorna- Vimercate	87011130157
14	04/05/2010	Fondazione CAV Onlus	Via Mazzini- Vimercate	94049210159
15	22/10/2010	Associazione Pro Famiglia Ceaf - onlus	VIA Mazzini- Vimercate	94000540156
16	17/05/2012	Associazione Volontariato S. Eugenio ONLUS	Piazza San Eugenio- Concorezzo	94001790156
17	01/10/2012	Fondazione Famiglia Casiraghi Roberto, Longoni Alfonsina, Casiraghi Nuccia, Sandro, Piero	Via Risorgimento-Bernareggio	94053020155
18	18/02/2013	Fondazione Centro Orientamento Famiglia "COF"	Via Vittorio Emanuele II- Monza	94501060159
19	21/05/2013	Fondazione Monza Insieme	Via Medici- Monza	94625410157
20	07/04/2001	La Rosa D'argento ONLUS	VIA IV Novembre- Ronco B.no	02672450968
21	07/04/2001	Comitato Maria Letizia Verga Onlus	VIA Pergolesi- Monza	97015930155
22	31/12/2003	Fondazione G. Scola - ONLUS	Fr. Brugora - Via Cavour- Besana in Brianza	non disponibile

Le Associazioni e le Fondazioni, alcune sollecitate, hanno inviato la documentazione richiesta entro la prima metà di Ottobre 2014. La documentazione è stata sottoposta ad una preliminare disamina: sono state campionate 7 PGP, pari al 15% delle PGP di cui all'elenco disponibile e di seguito specificate:

- AIAS - AIAS - Associazione Italiana Assistenza agli spastici, Monza
- Associazione pro-famiglia CEAF, Vimercate;
- AVPS - Associazione Volontari di Pronto Soccorso e Pubblica Assistenza di Vimercate;
- LE DUE ROSE, Ronco Briantino
- MBBM - Monza e Brianza per il Bambino e la sua Mamma, Monza
- ASSOCIAZIONE VOLONTARIATO S. EUGENIO, Concorezzo
- CAV – Centro Aiuto alla Vita, Vimercate.

L'analisi degli statuti, nei quali non sono state rilevate criticità da evidenziare, ha utilizzato una checklist predefinita costituita da item specifici per macroarea.

Le macroaree sono: denominazione e sede, scopo, patrimonio, presidente, vice-presidente, CdA, decadenza ed esclusione, Poteri del CdA, Adunanze, Comitato esecutivo, segretario generale (se nominato), Collegio dei Revisori, Collegio dei probiviri (se nominato), Delibera della Fondazione, Libri Verbali, Bilancio; Utili, estinzione, Gratuità delle cariche statuarie.

Per le Associazioni che hanno provveduto all'invio di una relazione circa le attività svolte nel 2013 è stata anche verificata la conformità delle suddette attività con gli scopi istituzionali previsti nello Statuto.

L'analisi dei Bilanci ha evidenziato che: "il bilancio è redatto con chiarezza e rappresenta in modo veritiero e corretto la situazione patrimoniale e finanziaria della società ed il risultato economico dell'esercizio". Per due bilanci sono emerse criticità.

I sopralluoghi effettuati sono stati 5 presso:

- AIAS - Associazione Italiana Assistenza agli spastici in data 21.11.2014
- Associazione pro-famiglia CEAF in data 22.12.2014;
- LE DUE ROSE in data 22.12.2014;
- AVPS - Associazione Volontari di Pronto Soccorso e Pubblica Assistenza di Vimercate in data 30.12.2014;
- Associazione Volontariato S. Eugenio in data 17.12.2014

Dalle verifiche ispettive effettuate emerge che tutti gli Enti risultano svolgere le attività indicate negli atti istituzionali e costitutivi, agendo in conformità allo statuto e perseguendo gli scopi istituzionali in essi indicati, adottando, per quanto possibile e nonostante le crescenti difficoltà economiche contingenti, anche politiche di conservazione del patrimonio del patrimonio dell'Ente. Tutta la documentazione in file ed in cartaceo è disponibile presso la UO Vigilanza e Controlli del Servizio negoziazione Accreditamento e Controllo Strutture Socio-Sanitarie, Direzione Sociale.

4. LA PROGRAMMAZIONE ATTIVITA' ANNO 2015

4.1. CONTROLLO AMMINISTRATIVO DEI FLUSSI DELL'AREA SOCIO-SANITARIA

Controllo amministrativo dei flussi dell'area socio-sanitaria e attività di negoziazione

Si confermano per l'anno 2015 le procedure di controllo attualmente in vigore prevedendo:

- di richiedere alle strutture, nel rispetto dei tempi previsti per l'assolvimento del debito informativo verso la Regione, la correzione trimestrale degli errori formali rilevati direttamente dalla ASL;
- di confermare l'attività di aggiornamento/formazione a favore delle strutture erogatrici titolari del debito informativo verso la ASL anche attraverso il continuo e costante supporto operativo fornito agli operatori addetti alla codifica e alla registrazione dei dati;
- di monitorare il budget assegnato alle strutture erogatrici;
- di effettuare nel corso dell'anno di incontri con tutti gli erogatori per la verifica congiunta dell'andamento della produzione e degli eventuali squilibri di domanda e offerta;
- di sistematizzare l'utilizzo del software specifico per il controllo dei flussi, minimizzando la restituzione dei falsi errori.

Negoziazione

Nel 2015, viene avviato un percorso di revisione del modello di governo delle risorse in ambito sociosanitario che vedrà la progressiva implementazione del sistema di vendor rating, prefigurando già per il 2016 il superamento dell'attuale logica basata sul budget storico verso una nuova modalità fondata sul concetto di acquisto di posti.

Nel 2015, la DG famiglia ha inteso individuare l'Unità d'Offerta RSA in via di prima applicazione, data la preminente rilevanza nel sistema sociosanitario. In questo scenario, il sistema di vendor rating ha lo scopo di incentivare un incremento della qualità dei servizi offerti dagli Enti gestori, valorizzare il ruolo degli operatori sociosanitari presenti sul territorio e permettere un aumento delle performance di sistema, premiando gli operatori virtuosi. I budget a livello di ASL vengono definiti provvisoriamente in misura pari al 100% dei rispettivi budget aziendali di cui al Decreto n. 2769 del 31/03/2014. A ciascuna Unità d'Offerta sociosanitaria, ad eccezione delle RSA, dovrà essere assegnato un budget annuo, calcolato applicando le tariffe medie e le saturazioni definitive riconosciute nel 2014, proprie di ciascuna struttura, ai posti a contratto nel 2015, ricordando che le risorse utilizzate ai fini della rimodulazione dei budget 2014, derivanti dall'utilizzo di parte delle risorse destinate ai nuovi contratti ai sensi del Decreto n. 2769/2014, non sono storicizzabili ai fini della definizione del budget annuale 2015. Ciò con riferimento all'utenza tipica di cittadini lombardi. Per le RSA, il budget annuo è assegnato secondo le modalità introdotte dal nuovo sistema di vendor rating.

I contratti sottoscritti con gli enti gestori per l'esercizio 2014, ad eccezione delle RSA, sono prorogati a tutto il 31/3/2015, definendo un budget provvisorio pari a tre dodicesimi del budget sottoscritto ai sensi del decreto 2769 del 31/03/2014. Non si consolidano sul 2015 le compensazioni tra budget relativi a diverse tipologie di unità di offerta effettuate a fine esercizio 2014.

Per eventuali unità d'offerta di nuova contrattualizzazione il budget provvisorio sarà determinato prendendo a riferimento la tariffa media di ASL e il livello di saturazione dei posti a contratto non superiore al 90%.

Entro il 31 marzo 2015, verranno negoziati e sottoscritti tra ASL e soggetti gestori UDO, escluso RSA, i budget definitivi che dovranno valere per l'intero anno 2015. E' prorogato sino al 31/03/2015 anche il contratto relativo all'Assistenza Domiciliare Integrata. Entro tale data le Asl sottoscrivono con i soggetti gestori di ADI il contratto annuale utilizzando lo schema tipo di cui alla DGR n. 1185/2013.

Per quanto concerne in modo specifico le RSA, i contratti sottoscritti con i soggetti gestori per l'esercizio 2014 sono prorogati a tutto il 28/2/2015, definendo un budget provvisorio pari a 2/12 del budget sottoscritto ai sensi del decreto 2769 del 31/03/2014. Entro il 28/2/2015 verranno sottoscritti tra l'ASL e soggetti gestori i contratti per l'intero anno 2015 che recepiscono il sistema di vendor rating di nuova progressiva introduzione. La scheda budget allegata al contratto ha validità per il primo semestre 2015. Il budget provvisorio viene definito nella misura del 50% del budget 2014 sottoscritto ai sensi del citato decreto 2769/2014 e ricomprende il volume di risorse assegnato per il periodo di proroga. Entro il 30/6/2015 viene assegnato il budget definitivo sulla base degli esiti dell'applicazione del sistema di

vendor rating, ricomprensivo del budget provvisorio del primo semestre 2015. Il budget provvisorio relativo al primo semestre 2015 è definito nella misura del 50% del valore determinato in base al numero dei posti a contratto, alla tariffa SOSIA media ed alla saturazione media di ASL. Eventuali rimodulazioni di budget potranno avvenire entro il termine massimo del 30 novembre 2015.

4.2. CONTROLLO E VIGILANZA DELLE UNITA' DI OFFERTA SOCIALI

Con i piani dei controlli 2013 e 2014 si è completata la verifica routinaria sull'intera rete delle UDO presenti sul territorio di competenza. Per individuare il campione da porre nel piano dei controlli attuale, si intende utilizzare il criterio del 50% sull'intero sistema; stante la numerosità delle UDO per la prima infanzia si può prevedere di procedere con la verifica del 50% di tale tipologia, identificando i gestori che abbiano mostrato minor esperienza gestionale, compreso il mantenimento dei requisiti strutturali, igienico sanitari e di sicurezza; per le altre tipologie, data la limitata numerosità di ciascuna tipologia, si intende considerare il 50% delle UDO, valutando con gli Uffici Comunali preposti all'esercizio e accreditamento la idonea quantificazione per ciascuna area, anche in relazione all'avvio dei sistemi di accreditamento.

Per garantire efficacia ed efficienza per l'attività in capo alla ASL si deve tenere conto di:

- mantenere una programmazione concordata con i Comuni (Uffici Sovracomunali e ambiti territoriali) per evitare il raddoppiamento delle attività di controllo sui gestori locali e per costruire modalità di condivisione/scambio di informazioni sulle reciproche verifiche
- garantire le verifiche sul 100% delle CPE pervenute dagli Uffici sovra comunali
- prosecuzione dell'aggiornamento delle anagrafiche in base alle eventuali nuove indicazioni regionali
- porre attenzione alle UDO con particolare criticità, quali: nidi-famiglia in relazione alla valutazione dell'effettiva caratterizzazione familiare delle forme associative poste; comunità residenziali per minori in relazione alle eventuali misure di supporto (misura 6)
- vigilare sulla misura 6 relativa ai minori inseriti in comunità residenziali
- approfondire alcuni requisiti richiesti quali: personale, titoli di studio, forme contrattuali, formazione, anche con momenti formativi per gli operatori delle equipe

tipologia	UDO al 01.01.2015	Visite programmate 2015
servizi prima infanzia (an, micro, cpi, nf)	220	110
comunità residenziali per minori	25	39
comunità residenziali per disabili	13	
centri per anziani	7	
centri aggregazione giovanile	11	
servizi formazione all'autonomia	3	
centri socio-educativi	18	
alloggi protetti per anziani	1	
TOTALE	298	149

4.3. CONTROLLO E VIGILANZA DELLE UNITA' DI OFFERTA SOCIO-SANITARIE

Le verifiche ed i controlli sia sull'appropriatezza e sia sul mantenimento dei requisiti di esercizio e di accreditamento sono stati programmati, ai fini del soddisfacimento degli obiettivi declinati nelle Regole regionali e nel Piano Controlli Socio-sanitari aziendale.

Nel corso del 2015 la UO Vigilanza avvierà una serie di azioni correttive e di miglioramento per revisionare/aggiornare le procedure di servizio:

- formazione continua degli operatori di vigilanza della UONACSS, per l'omogeneizzazione dei comportamenti nell'assolvimento delle funzioni di vigilanza
- ottimizzazione della integrazione con i Servizi del Dipartimento di Prevenzione Medica, per una analisi periodica, puntuale e condivisa dello stato dell'arte rispetto a eventuali prescrizioni/sanzioni emesse
- prosecuzione degli incontri con gli Enti Gestori per tipologia di UDO, per garantire l'omogeneizzazione della qualità di offerta ed assicurare una sempre maggiore e migliore consapevolezza e responsabilizzazione nella gestione dei servizi erogati.

- prosecuzione degli incontri con i Servizi del Dipartimento ASSI e Dipendenze e con i Distretti, per assicurare una adeguata peer – review.

ATTIVITÀ DI VERIFICA DEI REQUISITI CONNESSA ALLA PRESENTAZIONE DI SCIA E ISTANZA DI ACCREDITAMENTO

Requisiti soggettivi per l'esercizio e l'accreditamento

In attuazione a quanto previsto dall'allegato 1 alla DGR n. 2569/2014 l'ASL deve effettuare le verifiche di legge delle autocertificazioni/dichiarazioni sostitutive prodotte in relazione alle SCIA e alle istanze di accreditamento, mediante richiesta alle pubbliche amministrazioni certificanti degli stati/fatti/qualità oggetto di autocertificazione secondo le modalità definite dal DPR 445/2000 s.m.i., secondo le modalità già in vigore presso il Servizio.

Requisiti organizzativi, gestionali e requisiti strutturali e tecnologici

L' ASL deve garantire le verifiche sul possesso dei requisiti di esercizio e di accreditamento nel 100% delle SCIA e delle istanze di accreditamento presentate.

Le verifiche devono essere effettuate tramite analisi documentale e visita in loco ed esitare in una precisa e puntuale attestazione del possesso di ogni singolo requisito. Ai fini dell'esercizio dell'attività di verifica del possesso dei requisiti, i sopralluoghi atti alla verifica delle SCIA e delle istanze di accreditamento, saranno effettuati in modalità congiunta almeno con il Servizio ISP del Dipartimento di Prevenzione e, valutata la tipologia di UDO, anche con il SIS e con il SIAN: al Servizio PSAL sarà fornita comunicazione circa l'opportunità o necessità di effettuare sopralluogo in modalità integrata, dopo valutazione ponderata del Responsabile della UO Vigilanza e Controlli.

ATTIVITÀ DI VIGILANZA E CONTROLLO SULLE UNITA' D'OFFERTA SOCIOSANITARIE

Vigilanza sul mantenimento dei requisiti strutturali e tecnologici:

Al fine di continuare l'attuazione del principio per il quale la periodicità dei controlli deve essere assicurata almeno ogni due anni, la programmazione 2015 sulla vigilanza, dovrà garantire le verifiche del mantenimento dei requisiti strutturali e tecnologici su almeno il 50% delle unità di offerta in esercizio presenti sui rispettivi territori delle ASL. Per le unità d'offerta con sedi di erogazione secondarie, devono essere verificate tutte le sedi secondarie delle unità d'offerta campionate: nell'ASL MB le UDO con sedi secondarie (Consultori e SERT), sono oggetto di Vigilanza Incrociata. Saranno garantiti ulteriori controlli nelle unità d'offerta, visitate nell'anno 2014, laddove siano state riscontrate criticità (prescrizioni, diffide, sanzioni ecc...), da parte dei Servizi di Competenza. Le visite di vigilanza sul mantenimento dei requisiti strutturali si effettuano senza preavviso.

Vigilanza sulle Unità d'offerta interessate da Piani Programma:

L'ASL assicurerà il costante monitoraggio dello stato di avanzamento dei lavori di completamento dei piani programma. Sarà prevista la verifica, anche tramite visite ispettive, ogni sei mesi nel 100% delle strutture coinvolte, al fine di monitorare che agli ospiti presenti siano comunque garantiti adeguati standard di sicurezza.

Vigilanza sul mantenimento dei requisiti soggettivi di esercizio e accreditamento

In attuazione a quanto previsto dall'allegato 1 alla DGR n. 2569/14 l'ASL effettuerà, sul campione pari al 10%, le verifiche di legge delle autocertificazioni/dichiarazioni sostitutive, mediante richiesta alle pubbliche amministrazioni certificanti degli stati/fatti/qualità oggetto di autocertificazione secondo le modalità definite dal DPR 445/2000 s.m.i., secondo le modalità già consolidate nel Servizio e secondo la DGR 1185/2013.

Vigilanza sul mantenimento dei requisiti gestionali e organizzativi, generali e specifici, di esercizio e accreditamento

Al fine di attuare il principio per il quale la periodicità dei controlli deve essere assicurata almeno ogni due anni, la programmazione 2015 sulla vigilanza garantirà le verifiche sul mantenimento dei requisiti gestionali ed organizzativi generali e specifici, di esercizio e accreditamento, sul almeno il 50% delle unità di offerta in esercizio presenti sui rispettivi territori delle ASL. Saranno assicurati ulteriori controlli nelle unità d'offerta, visitate nell'anno 2014, laddove siano state riscontrate criticità (prescrizioni, diffide, sanzioni ecc...), da parte dei Servizi di Competenza.

Le visite di vigilanza sul mantenimento dei requisiti organizzativi e gestionali si effettuano senza preavviso.

TIPOLOGIA	UDO al 01/01/2015	UDO da verificare nel 2015	UDO al 01/01/2014	UDO verificate nel 2014
RSA	37	18	37	19
RSD	5	2	4	3
CDI	22	11	22	11
CDD	22	11	22	11
CSS	4	2	4	2
RIABILITAZIONE AMBULATORIALE (sedi principali)	3	3 (di cui 2 PP)	3	3 (di cui 2 PP)
RIABILITAZIONE RESIDENZIALE	1	1	1	0
CONSULTORI PRIVATI*	4	2	4	1
CONSULTORI PUBBLICI vigilanza incrociata BG BG-sedi principali	6	np	6	np
ADI**	10	5	9	6
ADI***	19	dnd	np	np
HOSPICE	2	1	1	1
DIPENDENZE RESIDENZIALI	4	2	4	2
DIPENDENZE AMBULATORIALI	1	1	1	0
DIPENDENZE SERT ASLMB vigilanza incrociata BG	1	np	1	np
UDO ASL MI 1 vigilanza incrociata	37	19	37	18
TOTALE (escluso ADI***)	159	78	156	77

*I Consultori privati sono stati oggetto di vigilanza routinaria nel 2013, al 100%.

**Sedi centrali accreditate ASL MB

*** Erogatori accreditati presso altre ASL: le sedi secondarie saranno oggetto di ricognizione aggiornata nel corso dell'anno 2015. Il 50% delle sedi secondarie sarà verificato nell'anno.

Vigilanza e Controllo incrociato c/o ASL MI1

Come da disposizioni regionali verrà espletata, in modalità congiunta con il SISP ed integrata con SIAN, SIS e PSAL del Dipartimento di Prevenzione Medica, la vigilanza sul 50% delle UDO direttamente gestite dall'ASL MI1, non verificate nel corso dell'anno 2014.

In particolare si procederà alla verifica di n. 3 strutture con piano programma per le quali è stata già deliberata la proroga, ovvero: Consultorio Familiare di Magenta e RSA e CDI "Sandro Pertini" di Garbagnate Milanese.

Le Visite saranno oggetto di incontro propedeutico con i Referenti/Responsabili dell'ASLMI1.

ELENCO STRUTTURE GESTITE DA ASL MILANO 1				
Codice struttura	Tipologia U.d.O.	Denominazione	Indirizzo	Comune
309002001	R.S.A.	R.S.A. Sandro Pertini	Via per Cesate,62	Garbagnate Milanese
309020801	C.D.I.	C.D.I. c/o R.S.A. Sandro Pertini	Via per Cesate,62	Garbagnate Milanese
309025901	HOS	Hospice di Magenta	Via Fornaroli 71	Magenta
309007901	C.D.D.	Il Seme	Via San Giovanni Bosco 18	Busto Garolfo
309008101	C.D.D.	Centro Diurno Disabili	Vicolo Dei Fiori	Castano Primo
309008201	C.D.D.	Centro Diurno Disabili	Via Nino Bixio 1	Magnago
309013201	C.D.D.	Centro Diurno Disabili	Via San Bernardo 5	Lainate
309013301	C.D.D.	Ezio Brancato	Via Beatrice d'Este 28	Rho
309014901	C.D.D.	Centro Diurno Disabili	Via Tintoretto 1	Trezzano s/n
309015001	C.D.D.	Centro Diurno Disabili	Via Volontari della Libertà 8	Vittuone
309015101	C.D.D.	Il Passero	Via dei Mille 2	Magenta
309018401	C.D.D.	Centro Diurno Disabili	Via Isonzo 57	Magenta
309020601	C.D.D.	Centro Diurno Disabili	Via Tintoretto 2	Rescaldina
309003601	Ser.T.	Ser.T. Rho	Via Giuseppe Casati 45	Rho
309003903	Ser.T.	Ser.T. Parabiago	Via Spagliardi 19	Parabiago
309005402	N.O.A.	Nucleo Operativo Alcologia	Via Colli di Sant'Erasmo 32	Legnano
309008301	Ser.T.	Ser.T. Magenta	Via Rossini	Magenta
309010001	Ser.T.	Ser.T. Corsico	Via Italia 50/B	Corsico
309015901	N.O.A.	Nucleo Operativo Alcologia	Via Primo Maggio 30	Baranzate
309020101	N.O.A.	Nucleo Operativo Alcologia	Piazza B. Cazzamini Mussi 1	Abbiategrasso
309000301	C.F.	Consultorio Familiare	Via Repubblica 16	Paderno Dugnano
309001701	C.F.	Consultorio Familiare	P.zza Martiri della Libertà 1	Bollate
309001801	C.F.	Consultorio Familiare	Via Matteotti 66	Garbagnate Milanese
309003002	C.F.	Consultorio Familiare	Via Libertà 33	Settimo Milanese
309003702	C.F.	Consultorio Familiare	Via Zara 10	Rho
309003901	C.F.	Consultorio Familiare	Via XI Febbraio 31	Parabiago
309004001	C.F.	Consultorio Familiare	Via XXIV Maggio 17	Busto Garolfo
309004801	C.F.	Consultorio Familiare	Via Colli di Sant'Erasmo 29	Legnano
309009001	C.F.	Consultorio Familiare	Via Edmondo De Amicis 1	Abbiategrasso
309010502	C.F.	Consultorio Familiare	Via Armando Diaz 49	Corsico
309015701	C.F.	Consultorio Familiare	Via Lombardia 1	Magenta
309016701	C.F.	Consultorio Familiare	Via Amerigo Vespucci 7	Cesano Boscone
309017301	C.F.	Consultorio Familiare	Via Deportati di Mathausen,6	Arluno
309019101	C.F.	Consultorio Familiare	Via Rossetti 5	Cuggiono
309026501	C.F.	Consultorio Familiare	Via Moroni 12	Castano Primo
309001701	C.F. sede distaccata	Centro Adozioni Il Cerchio	Via Primo Maggio 30	Baranzate
309010502	C.F. sede distaccata	Consultorio Familiare	Via Buonarroti 1	Trezzano s/Naviglio

4.4.CONTROLLO E VERIFICA DI APPROPRIATEZZA UDO SOCIO SANITARIE

Come si evince dalla normativa di riferimento regionale DGR N° X/2989 del 23/12/2014 per l'anno 2015, i controlli di appropriatezza dovranno essere effettuati almeno sul 50% delle UDO in esercizio presenti sul territorio non verificate nell'anno precedente, prevedendo anche controlli su UDO visitate nell'anno precedente ma che hanno evidenziato criticità.

Nell'ambito del 50% delle strutture sociosanitarie individuate nel 2015, devono essere garantiti i controlli sul 15% dei FASAS per le UDO residenziali e semi residenziali relativi all'anno 2014, senza escludere controlli di FASAS anno 2015.

I controlli ADI saranno effettuati su una quota del 10% di FASAS relativi all'anno 2014, senza escludere controlli di FASAS anno 2015. Nei controlli ADI devono essere previsti una quota parte di controlli in itinere (a domicilio dell'utente) ed una parte di controlli ex post (presso la sede dell'erogatore).

Per le UDO a regime ambulatoriale è richiesto il controllo del 5% dei FASAS relativi all'anno 2014, senza escludere controlli di FASAS anno 2015.

La campionatura dei FASAS è definita con metodologia di campionatura mista, una parte casuale ed una parte mirata: per l'anno 2015 si prevede una quota pari al 70% per il campionamento casuale ed una quota pari al 30% per il campionamento mirato.

Sarà sempre garantita la visita preliminare all'interno della struttura, al fine di verificare direttamente ed eventualmente, con interviste o con l'acquisizione di evidenza documentale, la situazione organizzativo- gestionale , la pulizia dei locali e delle stanze degli ospiti, l'igiene della persona , le attività in corso ecc..

Tabella riassuntiva controlli di appropriatezza

Tipologia UDO	% FASAS	% FASAS campione casuale	% FASAS campione mirato
RSA CDI RSD CDD CSS HOSPICE RIA RESIDENZIALE	15%	70%	30%
CONSULTORI	5%	70%	30%
ADI cure palliative ADI in itinere ADI ex post	10%	70%	30%
SERT/NOA	5%	70%	30%
COM TOX	15%	70%	30%
RIA AMBULATOR	5%	70%	30%
PROGETTI SPERIMENTALI	15%	70%	30%

Un criterio per i controlli mirati per le specifiche UDO prevedono:

- controllo dei FASAS di utenti rendicontati con periodo di permanenza presso la stessa UDO superiori ai tempi medi di permanenza (Hospice)
- Utenti caduti nei 6 mesi precedenti
- utenti con lesioni da pressione
- cambi classi

Tutte le verifiche avverranno senza preavviso.

I controlli di appropriatezza non si esauriscono nel controllo formale esclusivo delle evidenze documentali ma, prevedono anche qualora si ritenga utili e necessario anche il colloquio con l'utente e i suoi familiari delegati alla cura. Il controllo deve il più possibile scendere nella "sostanza" della prestazione (evidenza del raggiungimento del risultato atteso e pianificato).

I controlli di appropriatezza dell'ASL devono verificare inoltre:

- la corretta fragilità degli utenti in relazione alle prestazioni erogate;
- la congruenza fra quanto rintracciato nel FASAS e quanto rendicontato mediante i flussi, (oggetto anche di verifica a fini economici di pagamento delle prestazioni);
- la coerenza tra i bisogni emersi dalla valutazione multidimensionale con quanto definito dal Progetto Individuale e dalla Pianificazione degli interventi;

- l'evidenza nel Diario dell'effettiva erogazione delle prestazioni pianificate eseguite dalle figure professionali appropriate.

ADI programmazione 2015

Il Piano dei controlli sulle UDO ADI prevede la prosecuzione delle verifiche sul mantenimento dei requisiti organizzativo, gestionali di esercizio e di accreditamento per le restanti 50% non effettuate nel precedente anno.

In caso di sedi secondarie di erogatori accreditati presso altre ASL, saranno garantite le verifiche anche presso le sedi secondarie, se emergono, dal controllo al domicilio del paziente, dubbi e/o criticità.

Saranno garantiti i controlli relativi al 10% dei FASAS, relativi al 2014, senza escludere la possibilità di controllo di ulteriori FASAS del 2015; i controlli si intendono sia ex-post che in itinere.

4.5. PROGETTI SPERIMENTALI NELL'AMBITO DELLE POLITICHE DEL WELFARE

Le Regole 2015 stabiliscono di sistematizzare le azioni innovative sperimentate ai sensi delle DDGR n.3239/2012 e n. 499/2013. Con la DGR n. 2022/2014 si è dato seguito alle attività sperimentali iniziate con la DGR n. 3239/2012 e proseguite poi, in fase migliorativa, con la DGR n. 499/2013. La DG Famiglia, opportunamente, al fine di un continuum organizzativo e programmatico, conferma quanto nel corso dei tre anni di sperimentazione si è realizzato, e quali siano i prossimi passi:

1. la **Riabilitazione ambulatoriale e diurna territoriale extraospedaliera per minori disabili**, la cui attività è ricondotta al secondo pilastro del sistema di welfare e pertanto gli interventi erogati dalle strutture sperimentali saranno remunerati, a partire dal mese di aprile 2015, secondo la modalità a voucher, attraverso il Fondo a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili;
3. l'**Assistenza post acuta**: sarà stabilizzata nell'ambito delle nuove unità d'offerta da accreditare con propri requisiti gestionali, strutturali ed organizzativi. Gli attuali gestori potranno pertanto proseguire le attività fermo restando il budget già determinato e assegnato. Le due azioni innovative di assistenza post acuta domiciliare saranno stabilizzate nell'ambito dell'Assistenza domiciliare integrata, con apposito provvedimento che introdurrà un ulteriore profilo assistenziale dedicato;
4. la **Residenzialità leggera/assistita**: si conferma la remunerazione a voucher secondo quanto stabilito con apposito atto della Giunta regionale;
5. la **Residenzialità per minori con gravissime disabilità**: si conferma la remunerazione a voucher secondo quanto previsto da apposito atto della Giunta regionale

La UO vigilanza e Controlli garantirà la verifica dei requisiti soggettivi, strutturali, organizzativo – gestionali, almeno, nel 50% delle strutture aderenti alla Progettazione. Il controllo di appropriatezza sarà effettuato nel 15% dei FASAS correlati ai Progetti Individuali dei Soggetti beneficiari degli interventi.

Per le UDO che aderiscono alla ex DGR X/2942/14 - misure 2, 3, 4, e sottoscrivono il contratto con la ASL, devono essere assicurati i seguenti controlli :

1) Verifica dei Requisiti Soggettivi del Soggetto Gestore

per la sottoscrizione del contratto i servizi dell'ASL che seguono le sperimentazioni devono:

- Acquisire le autocertificazioni previste (DGR 2569/14)
- Effettuare le verifiche presso gli enti competenti secondo le modalità e le percentuali previste per le altre unità d'offerta

La perdita di un requisito soggettivo costituisce causa di risoluzione del contratto.

2) Verifica dei Requisiti Organizzativi/Gestionali e Strutturali/Tecnologici

La ASL verifica, nell'ambito dell'attività di vigilanza programmata, anche tramite visite ispettive, il possesso e il mantenimento dei requisiti definiti nell'allegato B alla DGR 2942/14, per le modalità e le percentuali di verifica si applicheranno le regole previste per le altre unità d'offerta (DGR 2569/14).

3) Controlli di Appropriatezza

La ASL effettua i controlli di appropriatezza secondo le modalità in uso per le unità d'offerta sociosanitarie nell'ambito dell'attività programmata, assicurando che:

- Il PAI sia redatto in conformità con il Progetto individuale predisposto dalla ASL
- Il PAI risulti predisposto nei tempi previsti e sia condiviso con il soggetto beneficiario e il familiare/*caregiver*
- I servizi/prestazioni/attività individuati nel PAI siano correttamente tracciati ed effettivamente erogati
- Vi sia coerenza tra le prestazioni erogate e i dati rendicontati

NASKO CRESCO

Dalla Dgr. 2595/13 "Nuova disciplina delle misure Nasko e Cresco conseguenti ai risultati della Sperimentazione"

Ciascuna ASL, attraverso il Dipartimento ASSI – Servizio Vigilanza e Controllo dovrà effettuare annualmente un controllo a campione delle pratiche ammesse e finanziate. Il campione dovrà riguardare almeno il 20% dei progetti personalizzati. In particolare, dovrà essere verificata l'appropriatezza del progetto personalizzato e la conseguente coerenza dell'utilizzo del contributo. Regione Lombardia individua le aree minime di intervento e gli indicatori di monitoraggio del rispetto del progetto concordato, da trasferire trimestralmente al Dipartimento ASSI – Servizio Vigilanza e Controllo per consentirne una rilevazione appropriata.

In linea generale, la ASL, attraverso il Dipartimento ASSI – Servizio di Vigilanza e Controllo, procederà innanzitutto alla verifica:

- del progetto aggiornato con gli esiti dei colloqui mensili, le eventuali modifiche al progetto resesi necessarie e la documentazione relativa alle spese sostenute con i contributi ricevuti;
- della rilevazione degli indicatori di monitoraggio per la verifica degli impegni concordati;
- dei risultati/ impatti dei progetti personalizzati finanziati: l'obiettivo è quello di traslare da una logica assistenzialista ad un concetto di responsabilizzazione e continuità di presa in carico, che dovrà essere prolungata nel tempo, anche a seguito del termine dell'erogazione dei benefici economici qualora concordati; si ritiene infatti di notevole importanza monitorare gli effetti delle misure nel tempo, al fine di ottimizzarle e qualora si evidenziassero carenze/problematiche inerenti, reindirizzarne il tiro.

SOSTEGNO

Attraverso il Dipartimento ASSI – Struttura preposta alla vigilanza e controllo dell'ASL stessa; verificano e monitorano gli interventi, sia di sostegno economico che di sostegno sociale, volti alla realizzazione del patto di corresponsabilità (che riporta analiticamente il progetto individualizzato) stabilito tra l'ASL e il beneficiario degli interventi promuovono e verificano che venga attivata una concreta collaborazione tra gli Enti e i soggetti coinvolti (ivi compreso il beneficiario) affinché il patto di corresponsabilità possa essere onorato da parte di tutti a garanzia di una presa in carico integrata della persona; rendicontano attraverso il Dipartimento ASSI – Struttura preposta alla vigilanza e controllo - l'andamento dell'iniziativa a seguito della conclusione dei progetti, in modo da evidenziare le attività realizzate per modificare le situazioni indesiderate.

Tali controlli dovranno essere effettuati a distanza di 12 mesi successivi al termine dei progetti e non oltre i 20 mesi successivi; effettuano i necessari controlli sulla corretta applicazione dei contenuti del progetto adottato, anche rispetto all'esistenza dei requisiti di accesso da parte dei beneficiari; progetto concordato, da trasferire trimestralmente al Dipartimento ASSI – Servizio Vigilanza e Controllo per consentirne una rilevazione appropriata.

In linea generale, la ASL, attraverso il Dipartimento ASSI – Servizio di Vigilanza e Controllo, procederà innanzitutto alla verifica:

- del progetto aggiornato con gli esiti dei colloqui mensili, le eventuali modifiche al progetto resesi necessarie e la documentazione relativa alle spese sostenute con i contributi ricevuti;
- della rilevazione degli indicatori di monitoraggio per la verifica degli impegni concordati.

- dei risultati/ impatti dei progetti personalizzati finanziati: l'obiettivo è quello di traslare da una logica assistenzialista ad un concetto di responsabilizzazione e continuità di presa in carico, che dovrà essere prolungata nel tempo, anche a seguito del termine dell'erogazione dei benefici economici qualora concordati; si ritiene infatti di notevole importanza monitorare gli effetti delle misure nel tempo, al fine di ottimizzarle e qualora si evidenziasse carenze/problematiche inerenti, reindirizzarne il tiro.

4.6. VIGILANZA E CONTROLLO EX ARTT. 23 E 25 COD. CIV. SULLE PERSONE GIURIDICHE DI DIRITTO PRIVATO – ANNO 2015

Per l'anno 2015 prosegue l'acquisizione degli atti che caratterizzano la natura giuridica dell'ente (statuto – atto costitutivo), le attività (relazione descrittiva dell'attività e delle iniziative promosse nell'anno precedente), la situazione contabile - finanziaria (bilancio consuntivo anno precedente).

La commissione procederà alla scelta casuale di un campione di Fondazioni e Associazioni pari al 15% degli enti di cui all'elenco ultimo aggiornato: l'elenco aggiornato sarà reso disponibile dalla DG Famiglia all'inizio dell'anno in corso.

Le modalità per l'esercizio del controllo si esplicheranno sia in forma ispettiva mediante sopralluoghi presso la sede degli enti campionati, sia in forma amministrativa mediante istruttorie documentali.

Per le Fondazioni e Associazioni oggetto di verifica si provvederà ad accertare in particolar modo il corretto insediamento e funzionamento dell'organo amministrativo e l'esistenza della documentazione contabile e di bilancio.

In adempimento a quanto previsto dalla Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale, si trasmetterà, con cadenza semestrale, una breve relazione di monitoraggio dell'attività di vigilanza e controllo posta in essere.

In sintesi, per l'anno 2015, si intende procedere con le seguenti azioni:

- condividere il report sull'attività di Vigilanza con gli Enti Gestori, oggetto del controllo;
- aggiornare l'elenco delle Associazioni e delle Fondazioni le quali operano sul territorio al 31.01.2015;
- procedere con la verifica incrociata tra l'elenco aggiornato ultimo disponibile anno 2015, l'elenco 2014, le strutture controllate nell'ultimo biennio;
- inoltrare nota di richiesta della documentazione utile ad un numero coerente e congruo di Associazioni e Fondazioni, in base ai punti precedenti ed in base alle determinazioni regionali
- procedere con l'analisi giuridico - amministrativa e contabile di un campione pari al 15% del totale di cui all'elenco e comunque secondo le Determinazioni Regionali
- procedere con la verifica delle azioni correttive della Fondazione MBBM
- effettuare sopralluoghi di verifica, anche in armonia con l'attività di Vigilanza sui Requisiti Soggettivi dell'Ente Gestore di cui all'Allegato 1 della DGR 2569/2014;
- restituire il report delle risultanze ai Soggetti coinvolti e alla Regione Lombardia.

5. LE RISORSE

5.1. IL PERSONALE E L'EQUIPE DI VIGILANZA

Con Deliberazione N°X/2689 del 21/11/2014, la Giunta Regione Lombardia ha approvato le modifiche al Piano di Organizzazione aziendale (POA), di cui alla DGR N° IX/ 4743 del 23 Gennaio 2013.

In data 26 novembre 2014 l'ASL emana la Deliberazione N° 424 avente come oggetto "Presenza d'atto della DGR n X/2689 del 21.11.2014 di approvazione delle modifiche del Piano di organizzazione. La nuova articolazione organizzativa prevede un Servizio di Negoziazione Accreditamento e Controllo Strutture socio-sanitarie, struttura complessa, direttamente gestita dalla Direzione Sociale.

A tale Struttura complessa afferiscono gerarchicamente la Struttura Semplice UO Vigilanza e Controlli Socio-Sanitari e la funzione Flussi ASSI.

Servizio negoziazione accreditamento e controllo strutture socio-sanitarie	QUALIFICA PROFESSIONALE	FUNZIONI
Responsabile Servizio	Nd	Responsabile Servizio NACSS
Responsabile UO Vigilanza e Controlli – Ignone Maria Carmela	Dirigente Medico	Responsabile U.O. Vigilanza e Controlli
Referente con posizione organizzativa – Andrei Giulia	Collaboratore Amministrativo	U.O. Flussi Pagamenti
Referente con posizione organizzativa – Cuppone Rosanna	Collaboratore Prof. Sanitario Esperto	U.O. Vigilanza e Controlli
Referente Socio assistenziale con Coordinamento - Ghisalberti Renata	Collaboratore Assistente Sociale	UO Vigilanza e Controlli
Collaboratore Amministrativo - Mercatili Nadia part time 70%	Collaboratore Amministrativo	Servizio NACSS Area Contratti -Flussi

ARTICOLAZIONI ORGANIZZATIVE

FLUSSI ASSI	QUALIFICA PROFESSIONALE	FUNZIONI
Posizione organizzativa - Andrei	Collaboratore Amministrativo	Responsabile Flussi
Amm. va - Belloli	Coadiutore amministrativo esperto	Controllo Flussi
Amm.va- Morano	Assistente amministrativo	Controllo Flussi
Amm.va - Radaelli	Assistente Amministrativo	Verifica e pagamenti fatture/Segreteria di Servizio e di UO
Amm.va - Varisco	Assistente Amministrativo	Controlli Flussi

UNITA' OPERATIVA VIGILANZA E CONTROLLI	QUALIFICA PROFESSIONALE	FUNZIONI
Posizione organizzativa Cuppone	Collaboratore professionale sanitario esperto	UO Vigilanza e Controlli
Ass. Soc. con coordinamento Ghisalberti	Collaboratore Assistente Sociale	UO Vigilanza e Controlli
Ass. Soc. Morleo	Collaboratore Assistente sociale	UO Vigilanza e Controlli
Ass. Soc. Rubino	Collaboratore Assistente Sociale	UO Vigilanza e Controlli
Amm.va Farina	Assistente amministrativo	UO Vigilanza e Controlli
Amm.va Bosisio	Assistente amministrativo	UO Vigilanza e Controlli
Ed. Prof. Molteni	Educatore Professionale	UO Vigilanza e Controlli
Ed. Prof. Treccarichi	Educatore Professionale	UO Vigilanza e Controlli
Ed. Prof. Santambrogio	Educatore Professionale	UO Vigilanza e Controlli
OperatoreTecnico Monfardini	Operatore Tecnico	UO Vigilanza e Controlli
Amm.va Lo Bianco	Assistente amministrativo	UO Vigilanza e Controlli
Tecnico della Prevenzione Sacco	Collaboratore Professionale Sanitario	U.O. Vigilanza e controlli
Operatore Distretto Seregno	Infermiera	Controllo Appropriatezza UDO Socio sanitarie
Operatore Distretto Vimercate	Infermiera	Controllo Appropriatezza UDO Socio sanitarie
Operatore Distretto Monza	Infermiera	Controllo Appropriatezza UDO Socio sanitarie
Operatore Distretto Monza	Fisioterapista	Controllo Appropriatezza UDO Socio sanitarie
Operatore Distretto Monza	Fisioterapista	Controllo Appropriatezza UDO Socio sanitarie
Operatore Distretto Vimercate	Infermiere	Controllo Appropriatezza UDO Socio sanitarie
Operatore Distretto Vimercate	Infermiere	Controllo Appropriatezza UDO Socio sanitarie

A contratto libero professionale collaboreranno un medico geriatra ed uno psicologo per la verifica appropriatezza nelle UDO .

E' in corso di perfezionamento il percorso di recepimento del nuovo assetto organizzativo, di norma, l'èquipe di vigilanza e controllo, sia in ambito socio-sanitario che in ambito sociale è costituita da almeno due operatori un'assistente sociale e/o educatore professionale e/o infermiere e da un' amministrativa e/o altro operatore della UO Vigilanza.

Le verifiche di appropriatezza si avvalgono del medico geriatra, della Infermiera PO esperta e degli operatori distrettuali. Ogni verifica è preceduta da una valutazione preliminare della pratica e della documentazione, così come è seguita da una valutazione di sintesi delle risultanze del sopralluogo.

Le verifiche presso UDO residenziali complesse e/o con criticità saranno effettuate anche dal Responsabile della UO Dirigente Medico.

Nel corso del 2013 la Direzione Sociale ha previsto e attuato l'inserimento in organico di alcune figure provenienti da unità d'offerta dismesse; si è trattato dell'inserimento di n. 4 operatori i quali, per l'intero anno 2014, si sono adoperati nella acquisizione e/o rafforzamento di competenze specifiche nell'ambito della vigilanza e della appropriatezza. Accanto alle figure di operatori assegnate al Servizio sono stati "arruolati", mediante un preliminare corso di formazione, alcuni Operatori distrettuali da attivare nelle attività di vigilanza e controllo dell'assistenza domiciliare integrata e nella valutazione clinico - assistenziale (appropriatezza) delle prestazioni erogate.

Gli operatori sono prevalentemente infermieri professionali e fisioterapisti.

Le finalità dell'inserimento part time nei compiti di vigilanza per un monte ore complessivo pari a 2500 ore annue è finalizzato a:

- a) omogeneizzare gli interventi di controllo al domicilio con un'impostazione tecnico organizzativa sovra distrettuale;
- b) garantire una metodologia condivisa con gli operatori della U.O. addetti alle funzioni di vigilanza mediante una dipendenza funzionale per le ore dedicate a tale attività.

L'esperienza, condotta nell'anno 2014, ha evidenziato ottimi livelli di aderenza del personale distrettuale alle procedure ed alle metodologie tecnico-operative, un feed-back molto efficace tra professionalità e la restituzione degli esiti in tempi e modi performanti.

E' stato anche previsto il supporto di un medico Geriatria, nelle verifiche di appropriatezza e nell'ambito della formazione sul campo in autoapprendimento per l'approfondimento di argomenti ad hoc (ad es. ulcere da pressione, dolore, ecc..).

5.2. LA FORMAZIONE

Nell'ambito del sistema di formazione continua, gli Operatori della UO di vigilanza e Controlli hanno potuto partecipare alle iniziative regionali promosse dalla DG Famiglia, per le Novità legislative introdotte in materia di appropriatezza e di requisiti di accreditamento, nel mese di giugno e nel mese di ottobre 2014. E' stata garantita la partecipazione a corsi di formazione aziendali in materia di sicurezza dei lavoratori.

Nell'anno 2015, le criticità rilevate e l'analisi dei bisogni evidenziano le seguenti necessità:

corsi base e di approfondimento di word, Excel, Access

corsi tematici di approfondimento sulle novità legislative in materia di appropriatezza e di accreditamento

corso di approfondimento in materia di sanzioni amministrative

incontri periodici (almeno mensili) con discussione in plenaria di casistica e "studio" della normativa di riferimento con la metodica della peer-review.

Da valutare la formazione relativa all'utilizzo della scala VAOR per gli operatori della U.O. Vigilanza e Controlli, in particolare modo gli operatori coinvolti nell'attività di controllo appropriatezza.

5.3. IL FONDO VIGILANZA

Rendicontazione economica utilizzo del fondo vigilanza

RISORSE DISPONIBILI - ANNO 2014	
riferimento	importo
Accantonamento da assegnazione ANNO 2011 decreto 10562 del 14.11.2011	71.215,70
Accantonamento da assegnazione ANNO 2012 decreto 12118 del 13.12.2012	110.519,00
Accantonamento da assegnazione ANNO 2013 decreto 12621 del 20.12.2013	16.536,97
Assegnazione ANNO 2014 decreto n. 12674 del 23.12.2014	91.050,00
Totale	289.321,67

DETTAGLIO COSTI - ANNO 2014	
Causale	importo
Consulenze .sanitarie da privato	30.978,75
Cons.sanitarie privato ad personam	7.099,52
Licenze software - Computers e macchinari elettronici (gestione flussi Dipartimento ASSI)	37.790,72
Totale	75.868,99

UTILIZZI PREVISTI - ANNO 2015	
Causale	importo
Consulenze .sanitarie da privato	31.000,00
Cons.sanitarie privato ad personam	30.000 ,00
Computers e macchinari elettronici – tablet supporto attività vigilanza	12.500,00
Acquisto autovetture	30.000,00
Licenze Software supporto vigilanza attività socio sanitarie Corberi	15.738,00
Consulenze specialistiche personale vigilanza	50.000,00
Attrezzature di supporto	10.000,00
Totale	149.238,00

Nell'anno 2014 i fondi sono stati utilizzati per costi di consulenza da parte di professionisti a supporto delle funzioni di vigilanza e controllo di appropriatezza e per l'acquisto di software specifici.

Nel 2015 le risorse economiche disponibili saranno destinate all'acquisto di HW e SW per l'implementazione del sistema di controllo e vigilanza, per il rinnovo del parco auto per tale attività e per le consulenze da parte di professionisti a supporto delle medesime attività.

5.4. LA DOTAZIONE INFORMATICA

Nell'anno 2014 è stato acquistato un applicativo per il controllo e la gestione dei flussi.

L'applicativo "DSPFLUX" è stato già implementato ed utilizzato per l'invio dei flussi del 3° trimestre 2014.

Sono stati acquistati n° 10 tablet per la UO Vigilanza e Controlli: l'obiettivo è quello di poter implementare, via web o similari, un applicativo che renda facilmente fruibile normativa, procedure e modulistica da utilizzare nel corso della vigilanza, per omogeneizzare ed affinare strumenti e metodi in materia.

5.5. L'INTEGRAZIONE INTRA AZIENDALE

L'attività del Servizio Negoziazione Accreditamento e Controllo delle Strutture Socio-sanitarie, sia nella funzione Flussi, che nell'ambito dell'articolazione organizzativa della UO vigilanza e controlli, è ad alta integrazione con i Servizi del Dipartimento ASSI, in particolare con i Servizi del Dipartimento di Prevenzione Medica, con i Servizi del Dipartimento Cure Primarie e con i Distretti.

Le peculiarità delle verifiche da effettuare per il possesso o il mantenimento dei requisiti di esercizio e di accreditamento rendono fondamentale ed imprescindibile la condivisione di sinergie e di modalità tecnico-operative.

Nel corso del 2014 sono stati effettuati sopralluoghi in congiunta o in modalità integrata con i Servizi ISP, SIAN, IS e PSAL.

Le criticità da superare, nel corso dell'anno 2015, per favorire e migliorare l'integrazione con il DPM, sono relative a: garantire i sopralluoghi in congiunta presso le attività residenziali dell'ASL, della Vigilanza incrociata presso ASLMI1 e dei Piani programma, almeno con un tecnico senior esperto del SISP e del SIS;

disporre delle risultanze dei sopralluoghi effettuati in modalità integrata, nell'attualità corrente ed in progress.

Il superamento di tali criticità migliorerebbe le performance aziendali ed ottimizzerebbe l'efficienza rispetto alle UDO oggetto di Vigilanza; consentirebbe al Servizio Accreditamento della Direzione Sociale di espletare le funzioni proprie con i dovuti feed-back, sia materia di emissioni degli atti di competenza e sia in materia di soddisfacimento di debiti informativi nei confronti della Regione, dei Comuni e degli Enti Gestori.