

ALLEGATO N. 3

CONTINENTE	AREA DI INTERVENTO	ONG	PROGETTO	DURATA	AREA TEMATICA	VALUTAZIONE
America latina	Amazzonia	ABRAM	Sviluppo – Formazione Professionale	2 anni	Formazione Professionale	soggetto non idoneo: associazione non italiana – rif § 3.2
Balcani	Kosovo	AIBI	Ricostruiamo dai bambini. Sviluppo della società civile e promozione dei diritti dell'infanzia in Kosovo	1 anno	socio-sanitario	non idoneo: durata minima inferiore a 2 anni – rif § 3.3.1 a)
Europa	Romania	ASSOCIAZIONE NAZIONALE VOLONTARI LOTTA CONTRO I TUMORI	Cardiologia attiva	1	sanitario	progetto non idoneo: documentazione insufficiente – rif. § 3.3
Asia	India	CIAI – Centro Italiani dell'Infanzia	Emergenza Gujarat	2 anni	Area minorile settore socio assistenziale	non idoneo: non sono rispettati i limiti previsti di finanziamento per la Regione Lombardia – rif. § 3.3.3 b)
Balcani	Bosnia Erzegovina	CRIC	Sostegno al processo di rientro attraverso la realizzazione di corsi di formazione e progetti pilota di agricoltura sostenibile del Distretto di Becko, Bosnia Erzegovina	1 anno	economico sociale	non idoneo: durata minima inferiore a 2 anni – rif § 3.3.1 a)
Africa centrale	Somalia	MEDICI SENZA FRONTIERE	assistenza sanitaria per la regione di bakool, Somalia centrale	2 anni	sanitario	progetto non idoneo: non presenta i requisiti di progetto di autosviluppo
Sud Africa	Tanzania	POLITECNICO DI MILANO	Formazione di tecnici per la riqualificazione ed il recupero degli insediamenti nelle aree degradate: dar es salaam ed arusha in Tanzania	2 anni	Formazione	soggetto non idoneo – attività prioritaria di natura diversa – rif § 3.2
Europa	Moldavia	POLRIVA	sviluppo capacità operative della ONG women's organization forum of the republic of Moldova	2 anni	socio-sanitario	soggetto non idoneo – attività prioritaria di natura diversa – rif § 3.2
Africa centrale	Somalia	UNIONE EURO – AFRICA PER GLI SCAMBI SOCIOCULTURALI	L'integrazione professionale dei disabili mentali	1 anno	Sociolavorativa	progetto non idoneo: documentazione insufficiente sia per valutare l'idoneità del soggetto proponente che del progetto stesso

ALLEGATO 4

**STRUTTURA INTERSETTORIALE DI VALUTAZIONE
DEI PROGETTI DI COOPERAZIONE DECENTRATA
ALLO SVILUPPO – ANNO 2001**

In base a quanto previsto dal regolamento i progetti presentati nel bando annuale per la programmazione dell'attività di cooperazione allo sviluppo vengono esaminati e valutati da apposita struttura intersettoriale della Regione Lombardia – tradizionalmente chiamato anche Gruppo Intersettoriale di Valutazione (GIV) – col supporto della Struttura Relazioni Internazionali – D.G. Presidenza.

In data 20 settembre 2001 nella sede del tavolo di lavoro denominata POLEST, tavolo coordinato dalla U.O. Programma e Relazioni Esterne – D.G. Presidenza – a cui partecipano i referenti delle singole direzioni generali, è stata ufficializzata la costituzione del GIV per la valutazione dei progetti di cooperazione pervenuti nell'ambito del bando annuale, sotto il coordinamento della Struttura Relazioni Internazionali.

Componenti del Gruppo di lavoro in prima istanza sono stati designati referenti per le politiche internazionali delle singole direzioni generali o loro sostituti.

In seguito ad un primo lavoro di verifica della competenza specifica dei referenti e loro sostituti rispetto alle tematiche dei singoli progetti il Gruppo è stato ristretto solo ai seguenti referenti:

Andrea Ambrosini D.G. Qualità dell'Ambiente;
Vito Scandiffio D.G. Agricoltura;

Barbara Figni D.G. Risorse Idriche e Servizi di Pubblica Utilità;
Mirella Cavarocchi D.G. Cultura, Identità e Autonomia della Lombardia;
Angelo Marioni D.G. Formazione, Istruzione e Lavoro;
Patrizia Belluschi D.G. Giovani e Sport;
Adriana Cheber D.G. Artigianato, Nuova Economia, Ricerca e Innovazione Tecnologica;
Carlo Tersalvi D.G. Sanità;
Maria Luppi D.G. Famiglia e Solidarietà Sociale;
Giovanni Floris D.G. Industria, Piccola e Media Impresa e Cooperazione e Turismo;
Paolo Zaggia D.G. Presidenza – Cabina di regia;
Orlando Ruggeri D.G. Opere Pubbliche, Politiche per la Casa e Protezione Civile;
Coordinamento dei lavori
Paolo Zani Resp. UOO Cooperazione decentrata – Struttura Relazioni Interyernazionali;
Elena Colao Relazioni Internazionali.

Il GIV si è riunito nelle seguenti date: 26/9, 1/10, 5/10, 11/10, 15/10 e il 31/10.

[BUR2002016]

[3.1.0]

D.G.R. 14 DICEMBRE 2001 – N. 7/7435

Attuazione dell'art. 12, commi 3 e 4 della l.r. 11 luglio 1997, n. 31 «Requisiti per l'autorizzazione al funziona-

mento e per l'accreditamento delle Residenze Sanitarie Assistenziali per Anziani (R.S.A.)»**LA GIUNTA REGIONALE**

Vista la l.r. 7 gennaio 1986, n. 1: «Riorganizzazione e programmazione dei servizi socio-assistenziali della Regione Lombardia»;

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato con successivo d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229, «Riordino della disciplina in materia sanitaria»;

Visto il d.P.R. 14 gennaio 1997: «Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni ed alle Province autonome di Trento e di Bolzano in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private»;

Vista la l.r. 11 luglio 1997, n. 31: «Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali» ed, in particolare, gli artt. 4 e 12 per quanto relativo all'accreditamento delle strutture pubbliche e private e l'art. 6 per quanto relativo alla competenza delle Amministrazioni provinciali in materia di autorizzazione al funzionamento dei servizi;

Vista la l.r. 5 gennaio 2000, n. 1: «Riordino del sistema delle autonomie in Lombardia. Attuazione del d.lgs. 31 marzo 1998, n. 112.»;

Richiamate:

- la d.c.r. 23 dicembre 1987, n. 871 di approvazione del Piano socio-assistenziale e sue successive modifiche, integrazioni e proroghe;
- la d.c.r. 8 marzo 1995, n. 1439: «Progetto obiettivo anziani per il triennio 1995/1997»;
- la d.g.r. 8 agosto 1997, n. 30714: «Accreditamento provvisorio delle Residenze Sanitarie Assistenziali per Anziani. Finanziamenti a carico del Fondo Sanitario per l'anno 1997»;
- la d.g.r. 29 dicembre 1997, n. 33924: «Requisiti per l'accreditamento di nuove Residenze Sanitarie Assistenziali per Anziani. Finanziamenti a carico del Fondo Sanitario per l'anno 1997»;
- la d.g.r. 19 gennaio 2001, n. 3130: «Proroga per l'anno 2001 delle disposizioni in merito all'accreditamento delle strutture socio-sanitarie per anziani e disabili, e degli Istituti di riabilitazione extraospedaliera, ex art. 26 della legge n. 833/78. Disposizioni in merito agli incrementi tariffari»;

Dato atto che sulla base della normativa vigente, già richiamata, la Regione è tenuta a determinare gli standard di qualità che costituiscono requisiti ulteriori, rispetto ai requisiti minimi individuati per l'autorizzazione al funzionamento nel d.P.R. 14 gennaio 1997, per l'accreditamento delle Residenze Sanitarie Assistenziali (R.S.A.) pubbliche e private;

Rilevato che l'attuale sistema di autorizzazione al funzionamento (basato sul possesso di precisi requisiti strutturali e gestionali) come definito dalla l.r. n. 1/86, dal Piano socio-assistenziale 1988-90 e dai conseguenti atti regionali in loro attuazione, ha portato alla concessione di tre livelli di autorizzazione (provvisoria o pluriennale o permanente) che devono essere ricondotti ad un unico riferimento autorizzativo costituito dal d.P.R. 14 gennaio 1997;

Dato atto che la legge regionale 31/97, artt. 4 e 12 come modificati dalla legge regionale 3/01, art. 4, delega la Giunta a definire le condizioni e le modalità di accreditamento;

Dato atto altresì che tutte le R.S.A. già in possesso di autorizzazioni al funzionamento, provvisorie o pluriennali o permanenti, così come definite da ultimo nella d.g.r. 6 febbraio 1998, n. 34506, sono tenute a rispettare e ad adeguarsi ai requisiti minimi generali e specifici, di cui all'art. 1 del d.P.R. 14 gennaio 1997, ferme restando le prescrizioni contenute nella normativa nazionale, regionale e nei regolamenti edilizi comunali;

Dato atto che per quanto attiene alla capacità recettiva massima complessiva e per nucleo abitativo i provvedimenti di autorizzazione al funzionamento, di accreditamento, di concessione edilizia sono stati adottati dalla Regione, dalle Province, dalle AA.SS.LL. e dai Comuni lombardi anche sulla base delle indicazioni contenute nella d.c.r. 23 dicembre 1987, n. 871 di approvazione del Piano socio-assistenziale e sue successive modifiche, integrazioni e proroghe;

Preso atto della conseguente necessità di confermare temporaneamente il sistema autorizzativo a tutt'oggi in vigore alle strutture che, alla data di pubblicazione del presente

provvedimento, siano già state accreditate e/o autorizzate, o che siano già state inserite negli atti programmatici del Comune di Milano, o che già abbiano ottenuto la concessione edilizia o che siano oggetto di interventi non soggetti a concessione edilizia per cui sia già stata presentata la dichiarazione di inizio attività.

Tale conferma temporanea è subordinata alla presentazione di un piano delle opere di adeguamento, della durata massima di cinque anni dalla pubblicazione del presente provvedimento, a tutti requisiti minimi di autorizzazione al funzionamento previsti dal d.P.R. 14 gennaio 1997, fatta eccezione per la capacità recettiva massima complessiva e per nucleo abitativo.

La Azienda Sanitaria Locale (A.S.L.) e l'Amministrazione Provinciale competenti per territorio provvedono alla approvazione di detto piano delle opere di adeguamento, sulla realizzazione del quale la A.S.L. stessa vigila, con facoltà di revoca del parere positivo alla conferma temporanea dell'autorizzazione nel caso che gli interventi ed i tempi di adeguamento non rispettino il piano approvato;

Preso atto, altresì, della conseguente necessità di prevedere per le strutture che verranno autorizzate al funzionamento dopo la data di pubblicazione del presente provvedimento il possesso di tutti i requisiti minimi previsti dal d.P.R. 14 gennaio 1997 al momento della richiesta dell'autorizzazione stessa, fatta salva la capacità recettiva massima complessiva e per nucleo abitativo per le sole strutture che, prima della data di entrata in vigore della presente deliberazione, siano state inserite negli atti programmatici del Comune di Milano, o abbiano ottenuto la concessione edilizia o che siano oggetto di interventi non soggetti a concessione edilizia per cui sia stata presentata la dichiarazione di inizio attività;

Ritenuto di dover identificare ulteriori requisiti di qualità obbligatori per l'accreditamento delle R.S.A. con i tempi massimi di adeguamento agli stessi, nonché di doverne raccomandare altri, obbligatori esclusivamente per le strutture che richiederanno l'accreditamento a partire dal 1° luglio 2004, come da allegato A che forma parte integrante del presente provvedimento;

Dato atto che gli ulteriori requisiti di qualità della Regione Lombardia, contenuti nell'allegato A parte integrante della presente deliberazione, individuati sulla base di una analisi delle caratteristiche dell'attuale bisogno assistenziale delle persone non autosufficienti, validati nell'ambito di una sperimentazione regionale, a tal scopo effettuata e condotta su un campione di unità d'offerta residenziale per anziani, costituiscono un impegno per sostenere il processo di qualificazione dell'offerta in rapporto alle esigenze dell'ospite;

Rilevata la necessità di procedere alla revisione dell'attuale sistema di classificazione degli ospiti delle R.S.A., superando le tre categorie esistenti (posti-letto per non autosufficienti parziali o N.A.P., per non autosufficienti totali o N.A.T. e per nucleo Alzheimer) che appaiono riduttive rispetto alla capacità di rappresentare adeguatamente le diverse tipologie di ospiti nonché le risorse effettivamente assorbite per la cura e l'assistenza dagli stessi;

Valutata la necessità di sostenere il processo di qualificazione dell'offerta in rapporto alle reali esigenze dell'ospite, con conseguente necessità di procedere alla implementazione di un sistema informativo ad hoc a livello regionale che attivi un flusso di dati standardizzato utile al monitoraggio delle unità d'offerta, all'azione programmatica di lungo periodo ed al supporto di eventuali successive modulazioni dell'attuale sistema tariffario che incentivino il miglioramento della qualità;

Ritenuto che gli indicatori relativi ai requisiti di qualità riportati nell'allegato A debbano costituire parte del debito informativo obbligatoriamente dovuto da parte degli Enti Gestori di R.S.A. per consentire il monitoraggio della qualificazione dell'offerta, mediante l'utilizzo dei supporti informatici descritti nell'allegato B, parte integrante del presente provvedimento;

Ritenuto di rinviare a successivo provvedimento, da adottarsi a seguito dell'analisi dei dati circa i bisogni assistenziali degli ospiti e circa gli indicatori di qualità, raccolti con le modalità descritte nell'allegato B, nonché del confronto con le rappresentanze degli Enti Gestori di R.S.A. e delle organizzazioni sindacali dei Pensionati maggiormente rappresentative, l'approvazione definitiva dei criteri e delle modalità di definizione degli accordi contrattuali tra le A.S.L. e gli stessi Enti

Gestori per la remunerazione delle prestazioni rese nelle strutture accreditate;

Ritenuto, altresì, di rinviare allo stesso successivo provvedimento la definizione di nuovi standard gestionali per l'accreditamento;

Ritenuto di dover in questa sede, nelle more della definizione dei predetti accordi e dei nuovi standard del personale, richiamare, riconfermare ed integrare gli obblighi già individuati dalla precedente normativa in materia, come riportati nell'allegato C, parte integrante della presente deliberazione

Ritenuto di dover confermare, fino all'adozione del provvedimento di definizione degli accordi contrattuali tra A.S.L. ed Enti Gestori, le disposizioni di cui alla d.g.r. 19 gennaio 2001, n. 3130;

Valutata l'opportunità di istituire il registro regionale delle R.S.A. accreditate, al quale siano iscritte d'ufficio le strutture accreditate con i provvedimenti regionali già assunti alla data di approvazione della presente delibera;

Dato atto che, nel 1999, la Giunta Regionale ha costituito una Commissione per le iniziative relative all'Anno Internazionale della persona anziana e che la predetta Commissione, nell'ambito delle proprie funzioni, ha proposto una «Carta dei diritti della persona anziana»;

Ritenuto di dover in questa deliberazione prevedere il recepimento dei concetti fondamentali dei diritti dell'anziano, come elaborati nell'allegato D parte integrante di questo provvedimento, all'interno della «Carta dei servizi» di cui ogni R.S.A. dovrà dotarsi, costituendo uno dei requisiti di accreditamento individuati nell'allegato A della presente deliberazione;

Dato atto che la presente deliberazione non comporta impegni di spesa;

Sentita la Commissione Consiliare competente che ha espresso il proprio parere favorevole nella seduta del 6 dicembre 2001;

Ritenuto di dover pubblicare il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia;

Dato atto che la presente deliberazione non è soggetta al controllo ai sensi dell'art. 17, comma 32, della legge 15 maggio 1997 n. 127;

Ad unanimità dei voti espressi nelle forme di legge

Delibera

1. di ricondurre tutte le R.S.A. già in possesso di autorizzazioni al funzionamento, provvisorie o pluriennali o permanenti, così come definite da ultimo nella d.g.r. 6 febbraio 1998, n. 34506, a rispettare e ad adeguarsi ai requisiti minimi generali e specifici, di cui all'art. 1 del d.P.R. 14 gennaio 1997, ferme restando le prescrizioni contenute nella normativa nazionale, regionale e nei regolamenti edilizi comunali;

2. di confermare temporaneamente, per le motivazioni esplicitate in premessa, il sistema autorizzativo a tutt'oggi in vigore alle strutture che, alla data di pubblicazione del presente provvedimento, siano già state accreditate e/o autorizzate, o che siano già state inserite nella programmazione del Comune di Milano, o che già abbiano ottenuto la concessione edilizia, o che siano oggetto di interventi non soggetti a concessione edilizia per cui sia già stata presentata la dichiarazione di inizio attività;

3. di subordinare la conferma temporanea di cui al punto 2., alla presentazione di un piano delle opere di adeguamento, della durata massima di cinque anni dalla pubblicazione del presente provvedimento, a tutti i requisiti minimi di autorizzazione al funzionamento previsti dal d.P.R. 14 gennaio 1997, fatta eccezione per la capacità recettiva massima complessiva e per nucleo abitativo;

4. di demandare alla Azienda Sanitaria Locale (A.S.L.) e all'Amministrazione Provinciale competenti per territorio la approvazione del piano delle opere di adeguamento previsto al punto 3., sulla realizzazione del quale la A.S.L. stessa vigila, con facoltà di revoca del parere positivo alla conferma temporanea dell'autorizzazione nel caso che gli interventi ed i tempi di adeguamento non rispettino il piano approvato;

5. di prevedere, per quanto esplicitato in premessa e per le strutture che verranno autorizzate al funzionamento dopo la data di pubblicazione del presente provvedimento, il possesso di tutti i requisiti minimi previsti dal d.P.R. 14 gennaio 1997 al momento della richiesta dell'autorizzazione stessa, fatta salva la capacità recettiva massima complessiva e per nucleo abitativo per le sole strutture che, prima della data di entrata

in vigore della presente deliberazione, siano già state inserite nella programmazione del Comune di Milano, o che abbiano ottenuto la concessione edilizia, o che siano oggetto di interventi non soggetti a concessione edilizia per i quali sia già stata presentata la dichiarazione di inizio attività;

6. di approvare, in attuazione degli artt. 4 e 12 della l.r. 31/97, gli ulteriori requisiti di qualità obbligatori per l'accreditamento delle R.S.A. nonché di doverne raccomandare altri, obbligatori esclusivamente per le strutture che richiederanno l'accreditamento a partire dal 1° luglio 2004, come da allegato A che forma parte integrante del presente provvedimento e che indica i tempi di adeguamento rispettivamente:

a) per le strutture già accreditate o che, già autorizzate, abbiano presentato domanda di accreditamento precedentemente alla data di pubblicazione della presente deliberazione sul B.U.R.L., fatte salve le eccezioni contemplate nell'allegato A stesso;

b) per le strutture che presenteranno domanda di accreditamento successivamente alla data di pubblicazione della presente deliberazione sul B.U.R.L., fatte salve le eccezioni contemplate nell'allegato A stesso;

7. di stabilire che gli Enti Gestori di R.S.A. debbano obbligatoriamente trasmettere alla A.S.L. competente per territorio e/o alla Regione i dati circa le caratteristiche degli ospiti e gli indicatori di struttura, processo ed esito nonché i dati relativi alle liste d'attesa, raccolti ed inviati secondo i tempi e con le modalità descritti nell'allegato B, che forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

8. di rinviare a successivo provvedimento, da adottarsi a seguito dell'analisi dei dati descritti al precedente punto 6. nonché del confronto con le rappresentanze degli Enti Gestori di R.S.A. e delle organizzazioni sindacali dei Pensionati maggiormente rappresentative, l'approvazione definitiva dei criteri e delle modalità di definizione degli accordi contrattuali tra le A.S.L. e gli stessi Enti Gestori per la remunerazione delle prestazioni rese nelle strutture accreditate;

9. di confermare ed integrare temporaneamente ai fini dell'accreditamento delle R.S.A. gli standard gestionali riportati nell'allegato C, che forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, e di rinviare al successivo provvedimento, previsto al precedente punto 7., la definizione dei nuovi standard di personale;

10. di dover in questa sede, nelle more della definizione degli accordi e dei nuovi standard del personale, previsti ai punti 7. e 8., richiamare, riconfermare ed integrare gli obblighi già individuati dalla precedente normativa conseguenti alla remunerazione delle prestazioni erogate a carico del Fondo Sanitario, come riportati nell'allegato C della presente deliberazione;

11. di stabilire l'obbligo per l'A.S.L. territorialmente competente della verifica e della vigilanza circa il possesso ed il mantenimento dei requisiti per l'accreditamento indicati nel presente provvedimento;

12. di dare mandato alla stessa A.S.L. di integrare l'azione di controllo sui requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento con la verifica periodica dell'appropriatezza delle prestazioni erogate rispetto ai parametri individuali costituenti il nuovo sistema di classificazione degli ospiti;

13. di confermare fino alla data di adozione del provvedimento di definizione degli accordi contrattuali tra A.S.L. ed Enti Gestori, previsto al punto 7., i criteri di programmazione degli accreditamenti di nuove R.S.A. espressi nella d.g.r. 19 gennaio 2001 n. 3130;

14. di istituire il registro regionale delle R.S.A. accreditate, al quale sono iscritte d'ufficio le strutture accreditate con i provvedimenti regionali già assunti alla data di approvazione della presente delibera;

15. di prevedere il recepimento della Carta dei diritti dell'anziano, contenuta nell'allegato D, che forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, all'interno della «Carta dei servizi» di cui ogni R.S.A. dovrà dotarsi, costituendo uno dei requisiti di accreditamento individuati nell'allegato A della presente deliberazione;

16. di dare atto che il presente provvedimento non comporta impegni di spesa;

17. di disporre che il presente provvedimento venga pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia.

Il segretario: Sala

ALLEGATO A

Requisiti	Indicatori	Note e tempi massimi per l'adeguamento	
		a) RSA già accreditate	b) RSA nuovo accreditamento
1 GESTIONE DELLE RISORSE UMANE E TECNOLOGICHE			
1.1 Documentazione attestante la quantità di personale necessaria per la gestione della RSA. Fino all'emanazione dei nuovi standard regionali, si deve far riferimento a quelli riportati nell'allegato C del presente provvedimento, distinti per i moduli NAT-NAP-Alzheimer e per qualifica professionale	Esistenza del documento	Hanno già prodotto il documento	Alla data della richiesta
1.2 Protocolli di utilizzo e piano delle manutenzioni per le attrezzature e gli impianti definiti pericolosi nella relazione sulla valutazione dei rischi ex d. lgs. 626/94	Esistenza del documento aggiornato almeno ogni 5 anni e, comunque, alla data di inizio di utilizzo degli impianti e delle attrezzature definiti pericolosi (ex d. lgs. 626/94)	6 mesi	Alla data della richiesta
1.3 Gestione dell'emergenza	Piano di formazione, teorica e pratica di tutto il personale, con particolare riferimento alle manovre rapide Organigramma funzionale	6 mesi	Alla data della richiesta
1.4 Documentazione degli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria effettuati	Registro degli interventi con descrizione e data dell'intervento	6 mesi	Alla data della richiesta
2 GESTIONE, VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ORGANIZZAZIONE			
2.1 Redazione di materiale informativo (Carta Dei Servizi) in cui:	Disponibilità e diffusione del materiale informativo aggiornato, con obbligo di distribuzione agli utenti e/o loro familiari	9 mesi	Alla data della richiesta
2.2 Siano illustrati i servizi offerti.	Esplicitazione della finalità, della organizzazione, delle modalità di funzionamento, della giornata tipo dei residenti, delle modalità di accesso alla struttura, sia circa le procedure che circa i mezzi di trasporto		
2.3 Sia indicato l'ammontare della retta, con esplicitazione delle prestazioni comprese o escluse	Descrizione dei servizi resi compresi nella retta ed eventuali servizi resi a pagamento, con il loro costo Rilascio agli ospiti della dichiarazione prevista dalla d.g.r. 21 marzo 1997, n. 26316, attestante le componenti della retta relative alle prestazioni sanitarie ed alle prestazioni non sanitarie		
2.4 Sia allegata la carta dei diritti dell'anziano	Vedi allegato D della presente deliberazione		
2.5 Sia esplicitato l'orario delle visite agli ospiti	Libero nelle ore diurne Regolamentato dalle ore 20 alle ore 8		
2.6 Sia allegato questionario di soddisfazione per ospiti e familiari, con annessa scheda per esprimere lamentele/apprezziamenti	Descrizione delle modalità di inoltro della lamentele e dei tempi massimi per la risposta del responsabile delle relazioni con il pubblico		
2.7 Sia indicata la possibilità di visite guidate alla struttura da parte di utenti potenziali e loro familiari	Individuazione dell'unità operativa o della persona incaricata	9 mesi	Alla data della richiesta
2.8 Sia descritta la modalità di accoglienza, di presa in carico e di dimissione degli ospiti	Disponibilità nei nuclei di protocolli inerenti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione degli ospiti	9 mesi	Alla data della richiesta
2.9 Sia definita la modalità di riconoscimento degli operatori	Dotazione di cartellino di riconoscimento a chiunque operi a qualsiasi titolo nella struttura, in ogni momento visibile all'ospite ed ai suoi familiari, che riporti fotografia, nome, cognome e qualifica agevolmente percepibili	2 mesi	Alla data della richiesta
2.10 Sia riportato un menu-tipo	Presenza di un menu settimanale e giornaliero anche con diete speciali in relazione alle prescrizioni del PAI	3 mesi	Alla data della richiesta
2.11 Sia riportato il sistema di valutazione della soddisfazione degli ospiti, delle famiglie, degli operatori	Sistema di valutazione almeno annuale della soddisfazione degli ospiti o delle famiglie o degli operatori e socializzazione dei risultati	6 mesi	Alla data della richiesta

Requisiti	Indicatori	Note e tempi massimi per l'adeguamento	
		a) RSA già accreditate	b) RSA nuovo accreditamento
3 GESTIONE, VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA			
3.1 Valutazione dei problemi e dei bisogni sanitari cognitivi, psicologici e sociali degli ospiti	Presenza di un fascicolo sanitario e sociale per ogni ospite, compilato all'ingresso e aggiornato almeno ogni due mesi e comunque ogni qual volta vi sia un cambiamento significativo della condizione biopsico-sociale dell'ospite o eventi la cui registrazione sia utile o necessaria alla corretta compilazione della scheda di osservazione intermedia della assistenza (S.OS.I.A.), a) in cui siano esplicitate: • anamnesi medica, infermieristica e funzionale • esame obiettivo di organi e apparati b) in cui sia compilata una scala di valutazione funzionale dell'ospite all'ingresso, semestralmente ed ogni volta che vi sia un cambiamento dei livelli di dipendenza c) in cui siano rilevate eventuali cadute o altri incidenti, il posizionamento dei vari tipi di catetere e di mezzi di contenimento, la presenza di lesioni da decubito e la eventuale loro risoluzione d) che venga conservato insieme con la scheda di osservazione intermedia della assistenza (S.OS.I.A.) ed il Piano di assistenza individuale (v. oltre)	6 mesi	Alla data della richiesta
3.2 Stesura di un Piano di assistenza individuale (P.A.I.) corrispondente ai bisogni, problemi e pro-pensioni degli ospiti	Esistenza di un piano terapeutico, assistenziale e riabilitativo per ogni ospite, comprensivo del piano delle attività animative e occupazionali	12 mesi	Alla data di immissione degli ospiti
3.3 Adozione di specifiche linee guida, procedure e regolamenti interni, ad integrazione di quanto previsto in sede autorizzativa	Redazione di documenti per: - igiene dell'ospite nel rispetto della privacy - somministrazione degli alimenti e delle bevande - prevenzione delle cadute - prevenzione e trattamento delle piaghe da decubito - trattamento dell'incontinenza - utilizzo dei mezzi di contenzione	6 mesi	Alla data della richiesta
3.4 Piano di diffusione a tutti gli operatori di competenza	Redazione del piano con le modalità della sua realizzazione e controllo		
3.5 Cura dell'aspetto dell'ospite	Gli ospiti non allettati sono quotidianamente vestiti con il proprio abbigliamento da giorno	3 mesi	Alla data della richiesta
	Agli ospiti vengono garantite direttamente o indirettamente le prestazioni del barbiere e parrucchiere. Le modalità vanno esplicitate nella Carta dei servizi come servizi offerti o a pagamento	6 mesi	
4 SISTEMA INFORMATIVO			
4.1 Raccolta dei dati relativi agli ospiti ed alle prestazioni erogate necessari per assolvere al debito informativo, in base alle norme definite dalla Regione	Esistenza di supporti informatici sufficienti a gestire tutti i dati e nel rispetto dei tempi richiesti dalla Regione	6 mesi	Alla data della richiesta
4.2 Raccolta e trasmissione delle schede di osservazione intermedia della assistenza (S.OS.I.A.), degli indicatori di struttura e processo, delle liste d'attesa secondo le modalità previste nell'allegato B al presente provvedimento	Esistenza di supporti informatici sufficienti a gestire i dati nei tempi previsti	Dalla data di approvazione del presente atto	Alla data della richiesta
5 CARATTERISTICHE COSTRUTTIVE			
5.1 Capacità recettiva complessiva della struttura	Minima 20 p.l. massima 120 p.l. (vedi note)	È consentita max >120 p.l. se la struttura rientra fra quelle citate al punto 2 del deliberato	Dalla data di accreditamento, fatta salva l'eccezione prevista al punto 5 del deliberato
5.2 Capacità recettiva di ogni nucleo	Minima 10 p.l. massima 20 p.l. (vedi note)	È consentita da 10 a 30 p.l. se la struttura rientra fra quelle citate al punto 2 del deliberato	Dalla data di accreditamento, fatta salva l'eccezione prevista al punto 5 del deliberato

Requisiti	Indicatori	Note e tempi massimi per l'adeguamento	
		a) RSA già accreditate	b) RSA nuovo accreditamento
6 AREA DESTINATA ALLA RESIDENZIALITÀ			
Camere	<ul style="list-style-type: none"> 6.1 Da 1 o 2 posti letto con servizi igienici, attrezzati di ausili per la non autosufficienza e collegati con la camera da letto; (vedi note) 	Si raccomanda: 1 o 2 posti letto con mantenimento dei 3 o 4 p.l. solo in caso di ristrutturazione in cui la ASL comprovi questa esigenza progettuale Obbligatorio entro 5 anni: massimo 4 posti letto con servizi igienici etc. (v. a lato)	Dalla data di accreditamento Per tutti i nuovi accreditamenti dal 1 luglio 2004
	<ul style="list-style-type: none"> 6.2 Le camere devono avere una superficie di almeno: <ul style="list-style-type: none"> camera a 1 letto di mq 12 camera a 2 letti di mq 18 (vedi note) 	Standard raccomandato Obbligatorio: adeguamento entro 5 anni allo standard programmatico del PSA (10-16-22-28 mq rispettivamente per le stanze a 1 - 2 - 3-4 posti-letto)	Obbligatorio per i nuovi accreditamenti dal 1 luglio 2004 Fino al 30 giugno 2004 possesso dalla data di accreditamento dello standard programmatico del PSA (vedi a lato)
6.3 Servizi di Nucleo	<ul style="list-style-type: none"> Locale di servizio e controllo riservato al personale; Servizi igienici per il personale Tisaneria o cucinetta Ambulatorio-medicheria In caso di nuclei contigui su uno stesso piano le aree dei precitati servizi possono essere condivise tra due nuclei. <ul style="list-style-type: none"> Locale soggiorno (almeno 1.5 mq per ospite) Locale pranzo (almeno 1.5 mq per ospite) In caso di due nuclei contigui sulla stesso piano, le aree dei precitati servizi, nel rispetto delle superficie unitarie minime, possono essere collegate e articolate, anche open space, in modo da favorire la vita di relazione degli ospiti dei due nuclei; <ul style="list-style-type: none"> locale bagno assistito o con box doccia per disabili se esiste un locale con bagno assistito in nucleo contiguo; locale deposito per attrezzature, carrozzine e materiale di consumo; locale di deposito biancheria sporca o canna di caduta locale o armadi per biancheria pulita locale per vuotatoio e lavapadelle 	5 anni Si raccomanda: <ul style="list-style-type: none"> palestrina di piano locale o spazio attrezzato per attività occupazionali salottino di ricevimento 	Dalla data di accreditamento Si raccomanda <ul style="list-style-type: none"> palestrina di piano obbligatorio dal 1 luglio 2004; locale o spazio attrezzato per attività occupazionali salottino di ricevimento
6.4 Arredi ed attrezzature	Gli arredi e le attrezzature devono essere adatti ad ospiti non deambulanti e non autosufficienti, in particolare: <ul style="list-style-type: none"> letti a tre snodi materassi e cuscini antidecubito 	36 mesi	Dalla data di accreditamento
7 AREA DESTINATA ALLA VALUTAZIONE E ALLE TERAPIE			
7.1 Servizi Sanitari	<ul style="list-style-type: none"> Palestra di riabilitazione: locale di almeno 60 mq, con attrezzatura per le attività riabilitative, con annesso locale spogliatoio e deposito attrezzature Ambulatorio medico per visite e medicazione e servizio di podologia Servizi igienici in prossimità della palestra e ambulatorio, fruibili anche ad utenti in carrozzine 	2 anni	Dalla data di accreditamento
8 AREA DI SOCIALIZZAZIONE			
8.1 Area di vita collettiva	<ul style="list-style-type: none"> angolo bar sale e soggiorni polivalenti di almeno 1.5 mq per ospite locale per attività occupazionale servizi igienici attrezzati di ausili per la non autosufficienza locale per il culto 	5 anni	Dalla data di accreditamento
9 AREE GENERALI E DI SUPPORTO			
9.1 Spazi connettivi	<ul style="list-style-type: none"> Ingresso con area di accoglimento, portineria e centralino telefonico 	5 anni	Dalla data di accreditamento
	<ul style="list-style-type: none"> Corridoi, disimpegni e passaggi con larghezza minima mt. 2.00, senza pilastri e lesene sporgenti (vedi note) 	La dimensione del corridoio è raccomandata, non obbligatoria	La dimensione del corridoio è raccomandata, è obbligatoria per i nuovi accreditamenti dal 1 luglio 2004

Requisiti	Indicatori	Note e tempi massimi per l'adeguamento	
		a) RSA già accreditate	b) RSA nuovo accreditamento
9.2 Servizi generali	<ul style="list-style-type: none"> • Locali per uffici amministrativi • Cucina, dispensa e locali accessori (se non appaltati all'esterno) • Lavanderia e stireria (se non appaltati all'esterno) • Magazzini • Deposito sporco e pulito • Spogliatoi con servizi igienici per il personale • Camera ardente 	5 anni	Dalla data di accreditamento
10 VARIE			
10.1 Segnaletica orientata a favorire gli spostamenti nella RSA degli ospiti e dei visitatori	Presenza di cartellonistica o altra segnaletica ben leggibile, anche in riferimento ai prevalenti deficit sensoriali degli ospiti	6 mesi	Alla data della richiesta
10.2 Segnaletica sonora e/o visiva e/o vocale per richiesta di assistenza da parte degli ospiti	Presenza di un sistema di comunicazione, di facile uso da parte degli ospiti, presso il proprio posto letto, idoneo a segnalare le richieste di aiuto e assistenza.	6 mesi	Alla data della richiesta
10.3 Impianto con aria primaria	Impianto a temperatura ambiente con funzione di mantenere l'aria in condizioni standard di purezza e di umidità relativa	Raccomandato Obbligatorio in fase di ristrutturazione complessiva	Raccomandato Obbligatorio alla data della richiesta per i nuovi accreditamenti dal 1 luglio 2004
10.4 Impianti di percorsi verticali	Installazione di ascensori e montalettighe per il trasporto degli ospiti secondo le norme che ne consentono l'utilizzo come via di fuga, in caso di incendio.	Raccomandato Obbligatorio in fase di ristrutturazione complessiva	Raccomandato Obbligatorio alla data della richiesta per i nuovi accreditamenti dal 1 luglio 2004
10.5 Impianto di distribuzione dell'ossigeno	Centralizzazione	Raccomandato obbligatorio in fase di ristrutturazione complessiva	Raccomandato Obbligatorio alla data della richiesta per i nuovi accreditamenti dal 1 luglio 2004
10.6 Protezione antisismica, protezione antincendio, protezione acustica, sicurezza e continuità elettrica, sicurezza infortunistica, smaltimento dei rifiuti, materiali esplodenti	Sulla base di quanto già esplicitato in sede autorizzativa, (d.P.R. 14 gennaio 1997) gli stessi requisiti previsti dalle leggi vigenti in materia nazionali, regionali, locali e, per la prevista competenza, dalle disposizioni internazionali, sono requisiti vincolanti per tutte le strutture autorizzate e accreditate	Tempi previsti dalle normative vigenti	Tempi previsti dalle normative vigenti
10.7 Barriere architettoniche e altre «barriere»	Sulla base di quanto già esplicitato in sede autorizzativa, (dpr 14 gennaio 1997) gli stessi requisiti previsti dalle leggi vigenti in materia nazionali, regionali, locali sono requisiti vincolanti per tutte le strutture autorizzate e accreditate	Tempi previsti dalle normative vigenti. Si raccomanda l'adozione di criteri, dispositivi, ausili e materiali in fase di ristrutturazione che facilitino ulteriormente il superamento di tutte le «barriere» che la fragilità comporta	Tempi previsti dalle normative vigenti. Si raccomanda l'adozione di criteri, dispositivi, ausili e materiali in fase di realizzazione che facilitino ulteriormente il superamento di tutte le «barriere» che la fragilità comporta

ALLEGATO B

DEBITO INFORMATIVO DELLE RESIDENZE
SANITARIO-ASSISTENZIALI

Introduzione

Secondo quanto previsto dalla presente delibera gli Enti gestori delle Residenze Sanitario-Assistenziali (RSA) pubbliche e private accreditate della Regione Lombardia devono trasmettere periodicamente alla A.S.L. competente per territorio e alla Regione Lombardia informazioni relative ad ogni ospite ed alla struttura stessa..

Per i posti letto in strutture autorizzate ma non accreditate o parzialmente accreditate il flusso dei dati avverrà tramite una scheda struttura predisposta *ad Hoc*.

Le informazioni da trasmettere devono essere raccolte in tre flussi distinti che si possono sintetizzare come segue:

- Scheda monitoraggio liste di attesa
- Scheda di osservazione intermedia assistenza
- Scheda struttura

La «Scheda monitoraggio liste di attesa» è formata da tutte le informazioni che riguardano tutti i soggetti che richiedono di accedere ad una RSA. Essa deve essere aggiornata quotidianamente e trasmessa trimestralmente direttamente alla Regione Lombardia.

La «Scheda di osservazione intermedia assistenza» (di seguito indicata come SOSIA) costituisce una rappresentazione sintetica e fedele del fascicolo sanitario e sociale di ogni ospite, di cui all'allegato «A» alla presente deliberazione. È finalizzata a consentire l'esercizio delle funzioni di verifica e con-

trollo, attraverso l'elaborazione dei dati con frequenza semestrale. I *report* che ne deriveranno, oltre che costituire uno strumento indispensabile di conoscenza dell'andamento delle attività per la Giunta Regionale, saranno messi a disposizione anche delle Aziende Sanitarie e degli Enti gestori dei servizi, che potranno disporre di informazioni sulla attività propria e di uno strumento di benchmarking con l'intera rete. La scheda deve essere compilata semestralmente e trasmessa il mese successivo.

La «Scheda struttura» contiene informazioni circa le caratteristiche edilizie, procedurali e le risorse umane di ogni struttura. Essa deve essere compilata annualmente.

Con successivo atto verrà emanato il disciplinare tecnico contenente le istruzioni per la corretta compilazione e la codifica delle informazioni delle schede succitate e per il corretto utilizzo delle classificazioni da inserire nelle schede (ICD-9-CM – Codici ISTAT, etc.)

Generalità

Le informazioni contenute nella Scheda monitoraggio liste di attesa e in SOSIA devono essere raccolte per tutti gli ospiti che hanno presentato richiesta di inserimento e per tutti i ricoverati nelle Residenze sanitario assistenziali, pubbliche e private, sia per i ricoveri ordinari che per i ricoveri di sollievo o di pronto intervento/emergenza.

Sono invece escluse dalla rilevazione le prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale per le quali sono stati istituiti appositi flussi informativi (Direzione Generale Sanità – Circolare 28/SAN e successive).

Inoltre, non costituiscono oggetto di rilevazione:

1) gli ospiti degli istituti di cura di cui all'art. 26 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 (I.D.R.);

2) gli ospiti degli HOSPICE

3) gli accompagnatori.

Sono rinviate le rilevazioni relative all'attività semiresidenziale.

Il Legale Rappresentante della Struttura è responsabile della veridicità, completezza, accuratezza e qualità delle informazioni riportate e della loro tempestiva trasmissione alla Regione che deve avvenire:

- per la scheda monitoraggio liste di attesa trimestralmente direttamente alla Regione Lombardia entro il termine tassativo del 15 gennaio, 15 aprile, 15 luglio e 15 ottobre;

- per i dati contenuti in SOSIA semestralmente entro la fine del mese successivo alla rilevazione (31 luglio e 31 gennaio) tramite le Aziende Sanitarie Locali;

- per la scheda struttura annualmente il termine di trasmissione diretta alla Regione Lombardia è il 31 marzo.

La compilazione di SOSIA e la relativa sottoscrizione, in osservanza delle istruzioni riportate nel presente documento, compete al medico responsabile del nucleo (in cui è inserito l'ospite) individuato dal Legale Rappresentante della struttura.

La codifica delle informazioni riportate in SOSIA deve essere effettuata dallo stesso medico responsabile del nucleo, citato al paragrafo precedente, oppure da personale sanitario opportunamente formato e formalmente individuato dal Legale Rappresentante della RSA.

La trasmissione di tali dati deve avvenire **esclusivamente** su supporto informatico (*floppy disk* o altri supporti che verranno specificati successivamente). **Il supporto deve essere trasmesso con lettera firmata dal legale rappresentante della struttura**, recante il numero dei *record* presenti (ogni *record* = un ricovero) a ogni rilevazione.

L'eventuale correzione di errori di *record* già trasmessi deve avvenire inviando il *record* corretto opportunamente contrassegnato nel campo **destinazione del record**. Nella lettera che accompagna la trasmissione è obbligatoria la segnalazione del numero di *record* in correzione.

Rimane a cura della Regione la trasmissione dei dati al livello centrale (Ministeri del Welfare e della Salute) ed alle altre Regioni.

Al fine di migliorare le modalità di comunicazione tra le singole strutture, l'ASL e l'Unità Organizzativa regionale di riferimento, è necessario inoltre che nell'ambito della RSA e delle ASL sia individuato un referente per le attività di coordinamento e controllo dei dati di SOSIA. Il nominativo di tale referente (e dei suoi sostituti in caso di assenza) deve essere comunicato alla Regione

Le indicazioni contenute in questo allegato B si riferiranno a tutti i ricoveri effettuati a partire dall'1 gennaio 2002.

Dalla data di entrata in vigore del presente provvedimento e fino al 31 dicembre 2001 ogni RSA è tenuta ad effettuare una prima rilevazione sperimentale, che verrà trasmessa secondo le modalità stabilite da una successiva circolare per SOSIA e per la scheda struttura, mentre ogni RSA dovrà provvedere alla compilazione e trasmissione della scheda liste di attesa direttamente alla Regione entro il 15 gennaio 2002.

I dati da rilevare e da trasmettere alla Regione sono i seguenti:

1. La scheda per il monitoraggio delle liste di attesa si compone delle seguenti sezioni:

a) la sezione prima, che contiene le sezioni anagrafiche di seguito riportate.

1. Codice ASL
2. Codice Struttura
3. Identificativo progressivo ospite
4. Anno, mese e giorno di presentazione della domanda
5. Codice individuale ospite (codice fiscale legge 412/91)
6. Sesso
7. Data di nascita
8. Luogo di nascita
9. Residenza anagrafica
10. Codice ASL di residenza
11. Stato civile

12. Cittadinanza

b) la sezione seconda, che contiene le informazioni del seguente elenco, la cui numerazione riprende e prosegue la numerazione dell'elenco di cui alla precedente lettera a):

1. Codice ASL
2. Codice Struttura
3. Identificativo progressivo ospite
13. Tipo domanda
14. Motivo della domanda
15. Iniziativa della domanda
16. Tipologia assistenza
17. Provenienza ospite
18. Data di inserimento o cancellazione dalla lista di attesa
19. Soggetto con buono socio-sanitario
20. Soggetto con assegno accompagnamento
21. Soggetto che usufruisce di ADI

2. La Scheda di Osservazione Intermedia Assistenza (SO-SIA) si compone delle seguenti sezioni:

a) la sezione prima, che contiene le sezioni anagrafiche di seguito riportate.

1. Codice ASL
2. Codice Struttura
3. Anno di ricovero+numero pratica
4. Mese e giorno del ricovero
5. Identificativo progressivo ospite
6. Codice individuale ospite
7. Cognome
8. Nome
9. Sesso
10. Data di nascita
11. Luogo di nascita
12. Residenza anagrafica.
13. Codice ASL di residenza.
14. Stato civile
15. Cittadinanza

b) la sezione seconda, che contiene le informazioni del seguente elenco, la cui numerazione riprende e prosegue la numerazione dell'elenco di cui alla precedente lettera a):

1. Codice ASL
2. Codice Struttura
3. Anno di ricovero+numero pratica
4. Mese e giorno del ricovero
5. Identificativo progressivo ospite
16. Provenienza ospite
17. Codice struttura di provenienza
18. Onere della retta
19. Numero figli maschi
20. Numero figlie femmine
21. Tipologia Assistenza
22. Data ammissione a ricovero ospedaliero (1°)
23. Data dimissione da ricovero ospedaliero (1°)
24. Codice Struttura di Ricovero (1°)
25. a 36. Data ammissione a ricovero ospedaliero, Data dimissione da ricovero ospedaliero, Codice Struttura di Ricovero
37. Data dimissioni
38. Causale dimissioni
39. Codice ASL Struttura di Ricovero
- 40.-42. Indicatori: mobilità (*maggiori dettagli saranno forniti con successiva circolare esplicativa*)
- 43.-45. Indicatori: cognovitività (*maggiori dettagli saranno forniti con successiva circolare esplicativa*)
46. Indicatore Comorbilità: (*maggiori dettagli saranno forniti con successiva circolare esplicativa*)
47. Diagnosi: (*maggiori dettagli saranno forniti con successiva circolare esplicativa*)
- 49.-101. Altre diagnosi e altri indicatori di comorbilità: (*maggiori dettagli saranno forniti con successiva circolare esplicativa*)

- 102.-106. Indicatore profili di gravità: *(maggiori dettagli saranno forniti con successiva circolare esplicativa)*
- 107.-129. Indicatore ausili per la gestione delle insufficienze funzionali in uso *(maggiori dettagli saranno forniti con successiva circolare esplicativa)*
130. Retta in vigore per l'ospite al netto dei finanziamenti regionali

3. La Scheda Struttura si compone di una sola sezione contiene le informazioni del seguente elenco:

ANAGRAFICA STRUTTURA

1. Identificazione Struttura
2. Identificazione Ente Gestore
3. Caratteristiche Strutturali
4. Capacità Ricettiva
5. Ubicazione e Accessibilità della Struttura
Collocazione
Accessibilità
6. Caratteristiche Area Abitativa
Capienza Camere
Numero
Superficie
Camere da Letto
Numero
Superficie
Bagni destinati agli Ospiti
Numero
Superficie
7. Servizi di Nucleo
8. Centro servizi e servizi di vita collettiva
Servizi Sanitari
Locali Ausiliari
9. Servizi Generali
10. Spazi Connettivi
11. Organizzazione Assistenza Sanitaria

VALUTAZIONE DELL'OSPITE

12. Protocolli di valutazione dell'ospite
valutazione clinica
condizione clinica:
stato funzionale:
funzioni cognitive e sintomi non cognitivi:
sintomi depressive:
rischio di cadute:
rischio di lesioni da decubito:
rischio di malnutrizione e valutazione dello stato nutrizionale:
valutazione sociale:
valutazione dei disturbi comportamentali:
strumenti globali:
piano assistenziale personalizzato e scritto
13. Nutrizione
Tipologia
Peso Corporeo
14. Attività di riabilitazione, animazione e cura della persona
fisioterapia e animazione:
numero ospiti e frequenza
servizi periodici
15. Lesioni da decubito
protocolli e monitoraggio
cuscino antidecubito per sedia o carrozzina a disposizione per la prevenzione e cura delle lesioni da decubito
materassi e/o sovrasmaterassi antidecubito a disposizione per la prevenzione e la cura delle lesioni da decubito
16. Incontinenza
protocolli e monitoraggio
17. Contenzione Fisica
protocolli e monitoraggio
mezzi di contenzione utilizzati
18. Cadute
protocolli e monitoraggio
19. Ospedalizzazione
protocolli per il trattamento di eventi acuti e monitoraggio
numero di elettrocardiografi presenti nella struttura
numero di palloni di hambu

numero di aspiratori
disponibilità di ossigenoterapia
- bombole di ossigeno
- impianto centralizzato
personale che ha seguito un training di formazione sulle manovre cliniche di emergenza

DATI ECONOMICO FINANZIARI

20. Entrate
Entrate Correnti
finanziamenti da fondo sanitario
finanziamenti ex circolare 4
rette a carico dei comuni
rette a carico utenti
altro
Entrate straordinarie
lasciti e donazioni
finanziamenti per investimenti
altre entrate straordinarie
21. Uscite
Spese Sanitarie
medici
infermieri
terapisti della riabilitazione
addetti all'ospite (ASA - OTA - OSS)
psicologi
medicinali
presidi sanitari per incontinenza
altri presidi sanitari
Spese non sanitarie
Cucina
Lavanderia
Pulizia
Spese Miste
Responsabile
Animatori
Amministrativi
Altro Personale
Trasporti
Assicurazioni
Materiali di consumo
Piccole attrezzature
Altre spese generali
Manutenzione ordinaria
Manutenzione straordinaria
Ammortamenti

PERSONALE

22. Presenza media di personale addetto all'assistenza diretta ai residenti nei vari turni su tutta la RSA
turno del mattino dei giorni feriali
turno del pomeriggio
turno di notte
turno del mattino dei giorni festivi
turno del pomeriggio dei giorni festivi
23. Tipologia del Personale
Figura professionale
Dipendenti
Convenzionato
Dipendente da cooperativa
Volontario o servizio civile
Durata del rapporto di lavoro
Tipologia contratto di lavoro
Orario di lavoro settimanale
Ore annue effettivamente lavorate
Ordinarie
Straordinarie

ALLEGATO C

Obblighi connessi alla remunerazione delle prestazioni rese dalle Residenze Sanitarie Assistenziali accreditate

1. Accettare le tariffe stabilite dalla Regione;
2. erogare, senza ulteriori oneri a carico del Fondo Sanitario e senza oneri a carico degli ospiti, l'assistenza medica generica, infermieristica, riabilitativa, ritenendosi escluse le prestazioni mediche specialistiche, di diagnostica strumentale nonché quelle relative all'assistenza protesica erogabile nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, ex d.m. 27 agosto 1999 n. 332 con esclusione di quanto previsto ai successivi punti 3. e 4.;

3. fornire, senza ulteriori oneri a carico del Fondo Sanitario e senza oneri a carico degli ospiti, ausili per incontinenti (pannolini, pannoloni e traverse);

4. fornire, senza ulteriori oneri a carico del Fondo Sanitario e senza oneri a carico degli ospiti, ogni tipo di farmaco, gas medicale e materiale sanitario;

5. ridurre le rette praticate agli ospiti, in fase di primo accreditamento e dalla data di riconoscimento delle tariffe a carico del Fondo Sanitario, in misura pari alle tariffe medesime, fatte salve le strutture che, in attesa di accreditamento, hanno dichiarato di escludere gli ospiti dal pagamento della quota forfettaria sanitaria (eccezione che deve essere sottoposta all'autorizzazione della A.S.L. competente per territorio);

6. avanzare richiesta di accreditamento o per l'intera struttura o per nuclei completi (dal punto di vista sia strutturale che tecnico ed organizzativo) solo dopo che la struttura sia entrata effettivamente in esercizio sulla base del provvedimento di autorizzazione al funzionamento;

7. rilasciare agli ospiti la dichiarazione prevista dalla d.g.r. 21 marzo 1997, n. 26316, attestante la componente della retta

relativa ai costi sanitari ed ai costi non sanitari, in attesa della ridefinizione di queste due componenti del costo della RSA, in attuazione dpcm del 14 febbraio 2001 ed in conformità con il quadro normativo di riferimento in materia fiscale;

8. trasmettere alla Regione ed alle AA.SS.LL., nei tempi e con le modalità dalle stesse stabilite, tutti i dati che costituiscono il debito informativo previsto dal quadro normativo di riferimento e dal presente provvedimento;

9. sottoporsi agli accertamenti delle AA.SS.LL. finalizzati a tutte le azioni di vigilanza e controllo che ad esse competono, ivi comprese quelle circa il possesso e la sussistenza dei requisiti di autorizzazione al funzionamento ed accreditamento nonché quelle intese alla verifica periodica dei dati che costituiscono il debito informativo previsto dal quadro legislativo di riferimento e dal presente provvedimento;

10. possedere gli standard gestionali previsti dalla normativa regionale, riassunti di seguito per figura professionale, ai fini della conferma temporanea dell'accreditamento, fino alla adozione di un nuovo provvedimento che modifichi gli standard stessi.

Standard di assistenza prescritti per l'accreditamento espressi in minuti settimanali per ospite

Profili professionali prescritti	NAT standard Progr. ex D.c.r. 122/91	NAT standard Progr. ex D.c.r. 871/87	NAP standard Progr. ex D.c.r. 871/87	Alzheimer standard ex D.g.r. 64515/95
Medici	28	28	14	42
Tecnici della riabilitazione	28	42	34	252
Infermieri	112	140	48	
Animatori	17	17	17	84
Operatori addetti all'ospite (ASA-OTA)	674	674	337	842
OSS, personale definito ex dgr n. 5428 del 6 luglio 2001	gli standard di assistenza verranno previsti con provvedimento successivo, come definito al punto 9 del deliberato			

ALLEGATO D

CARTA DEI DIRITTI DELLA PERSONA ANZIANA

Introduzione

Gli anziani rappresentano un patrimonio per la società, non solo perché in loro si identifica la memoria culturale di una popolazione, ma anche perché sempre più costituiscono una risorsa umana attiva, un contributo di energie e di esperienze del quale la società può valersi.

Questo nuovo ruolo emerge dalla ricerca clinica e sociale che rende ragione della constatazione di un numero sempre maggiore di persone di età anagrafica avanzata ed in buone condizioni psico-fisiche.

Tuttavia esistono delle condizioni nelle quali l'anziano è ancora una persona fragile, sia fisicamente che psichicamente, per cui la tutela della sua dignità necessita di maggiore attenzione nell'osservanza dei diritti della persona, sanciti per la generalità dei cittadini.

La valorizzazione del ruolo dei più anziani e della loro cultura si fonda sull'educazione della popolazione al riconoscimento ed al rispetto dei loro diritti, oltre che sull'adempimento puntuale di una serie di doveri da parte della società. Di questi, il primo è la realizzazione di politiche che garantiscano ad un anziano di continuare ad essere parte attiva nella nostra società, ossia che favoriscano la sua condivisione della vita sociale, civile e culturale della comunità.

Questo documento vuole indirizzare l'azione di quanti operano a favore di persone anziane, direttamente o indirettamente, come singoli cittadini oppure all'interno di:

- istituzioni responsabili della realizzazione di un valore pubblico (ospedali, residenze sanitario-assistenziali, scuole, servizi di trasporti ed altri servizi alla persona sia pubblici che privati)

- agenzie di informazione e, più in generale, *mass media*;
- famiglie e formazioni sociali.

Con loro condividiamo l'auspicio che i principi qui enunciati trovino la giusta collocazione all'interno della attività quotidiana, negli atti regolativi di essa quali statuti, regolamenti o carte dei servizi, nei suoi indirizzi programmatici e nelle procedure per la realizzazione degli interventi.

Richiamiamo in questo documento alcuni dei principi fondamentali dell'ordinamento giuridico italiano:

- il principio «di giustizia sociale», enunciato nell'articolo 3 della Costituzione, là dove si ritiene compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana.

La letteratura scientifica riporta che lo sviluppo pieno della persona umana è un processo continuo, non circoscrivibile in una classe di età particolare poiché si estende in tutto l'arco della vita;

- il principio «di solidarietà», enunciato nell'articolo 2 della Costituzione, là dove si ritiene compito della Repubblica riconoscere e garantire i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiedere l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale.

A queste espressioni di solidarietà inderogabili vanno affiancate quelle proprie della libera partecipazione del cittadino al buon funzionamento della società e alla realizzazione del bene comune, pure finalizzate alla garanzia della effettiva realizzazione dei diritti della persona;

- il principio «di salute», enunciato nell'articolo 32 della Costituzione, là dove si ritiene compito della Repubblica tutelare la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantire cure gratuite agli indigenti.

Va inoltre ricordato che, al concetto di salute affermato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nella dichiarazione di Alma Ata (1978) come equilibrio fisico, psichico e sociale, si è affiancato il concetto di promozione della salute della dichiarazione di Ottawa (1986).

La persona anziana al centro di diritti e di doveri

Non vi è dunque contraddizione tra asserire che la persona gode, per tutto l'arco della sua vita, di tutti i diritti riconosciuti ai cittadini dal nostro ordinamento giuridico e adottare una carta dei diritti specifica per i più anziani: essa deve favorire l'azione di educazione al riconoscimento ed al rispetto di tali diritti insieme con lo sviluppo delle politiche sociali, come si è auspicato nell'introduzione.

La persona ha il diritto	La società e le Istituzioni hanno il dovere
di sviluppare e di conservare la propria individualità e libertà.	di rispettare l'individualità di ogni persona anziana, riconoscendone i bisogni e realizzando gli interventi ad essi adeguati, con riferimento a tutti i parametri della sua qualità di vita e non in funzione esclusivamente della sua età anagrafica.
di conservare e veder rispettate, in osservanza dei principi costituzionali, le proprie credenze, opinioni e sentimenti.	di rispettare credenze, opinioni e sentimenti delle persone anziane, anche quando essi dovessero apparire anacronistici o in contrasto con la cultura dominante, impegnandosi a coglierne il significato nel corso della storia della popolazione.
di conservare le proprie modalità di condotta sociale, se non lesive dei diritti altrui, anche quando esse dovessero apparire in contrasto con i comportamenti dominanti nel suo ambiente di appartenenza.	di rispettare le modalità di condotta della persona anziana, compatibili con le regole della convivenza sociale, evitando di «correggerle» e di «deriderle», senza per questo venire meno all'obbligo di aiuto per la sua migliore integrazione nella vita della comunità.
di conservare la libertà di scegliere dove vivere.	di rispettare la libera scelta della persona anziana di continuare a vivere nel proprio domicilio, garantendo il sostegno necessario, nonché, in caso di assoluta impossibilità, le condizioni di accoglienza che permettano di conservare alcuni aspetti dell'ambiente di vita abbandonato.
di essere accudita e curata nell'ambiente che meglio garantisce il recupero della funzione lesa.	di accudire e curare l'anziano fin dove è possibile a domicilio, se questo è l'ambiente che meglio stimola il recupero o il mantenimento della funzione lesa, fornendo ogni prestazione sanitaria e sociale ritenuta praticabile ed opportuna. Resta comunque garantito all'anziano malato il diritto al ricovero in struttura ospedaliera o riabilitativa per tutto il periodo necessario per la cura e la riabilitazione.
di vivere con chi desidera.	di favorire, per quanto possibile, la convivenza della persona anziana con i familiari, sostenendo opportunamente questi ultimi e stimolando ogni possibilità di integrazione.
di avere una vita di relazione.	di evitare nei confronti dell'anziano ogni forma di ghettizzazione che gli impedisca di interagire liberamente con tutte le fasce di età presenti nella popolazione.
di essere messa in condizione di esprimere le proprie attitudini personali, la propria originalità e creatività.	di fornire ad ogni persona di età avanzata la possibilità di conservare e realizzare le proprie attitudini personali, di esprimere la propria emotività e di percepire il proprio valore, anche se soltanto di carattere affettivo.
di essere salvaguardata da ogni forma di violenza fisica e/o morale.	di contrastare, in ogni ambito della società, ogni forma di sopraffazione e prevaricazione a danno degli anziani.
di essere messa in condizione di godere e di conservare la propria dignità e il proprio valore, anche in casi di perdita parziale o totale della propria autonomia ed autosufficienza.	di operare perché, anche nelle situazioni più compromesse e terminali, siano supportate le capacità residue di ogni persona, realizzando un clima di accettazione, di condivisione e di solidarietà che garantisca il pieno rispetto della dignità umana.

La tutela dei diritti riconosciuti

È opportuno ancora sottolineare che il passaggio, dalla individuazione dei diritti di cittadinanza riconosciuti dall'ordinamento giuridico alla effettività del loro esercizio nella vita delle persone anziane, è assicurato dalla creazione, dallo sviluppo e dal consolidamento di una pluralità di condizioni che vedono implicate le responsabilità di molti soggetti. Dall'azione di alcuni di loro dipendono l'allocazione delle risorse (organi politici) e la crescita della sensibilità sociale (sistema dei media, dell'istruzione e dell'educazione).

Tuttavia, se la tutela dei diritti delle persone anziane è certamente condizionata da scelte di carattere generale proprie della sfera della politica sociale, non di minor portata è la rilevanza di strumenti di garanzia che quella stessa responsabilità politica ha voluto: il difensore civico regionale e locale, l'ufficio di pubblica tutela (UPT) e l'Ufficio di Relazione con il Pubblico (URP). Essi costituiscono un punto di riferimento informale, immediato, gratuito e di semplice accesso per tutti coloro che necessitano di tutela. È constatazione comune che larga parte dei soggetti che si rivolgono al difensore civico, agli UPT e agli URP è costituita da persone anziane.

È necessario che lo sviluppo di questa rete di garanzia sia incentivato in tutto l'ambito sanitario, socio-sanitario e socio-assistenziale in sede di autorizzazione al funzionamento e di accreditamento di tutti i servizi della Regione Lombardia.