



LEGGE REGIONALE 14 SETTEMBRE 1989, N. 85

Norme sulla disciplina delle Case di Cura private.

Art. 1

(Definizione e tipologia delle Case di Cura private)

1. Agli effetti della presente legge, sono case di cura private gli stabilimenti sanitari gestiti da privati, persone fisiche o giuridiche che provvedono al ricovero ed, eventualmente, all'assistenza sanitaria ambulatoriale e in regime di degenza diurna di *cittadini Italiani e stranieri a fini diagnostici, curativi e riabilitativi.*
2. Le case di cura private si distinguono in:
 - a) case di cura medico-chirurgiche generali, destinate ad ammalati di forme morbose pertinenti alla medicina generale, alla chirurgia generale ed a specialità mediche e chirurgiche;
 - b) case di cura mediche, destinate ad ammalati di forme morbose pertinenti alla medicina generale ed a specialità mediche;
 - c) case di cura chirurgiche, destinate ad ammalati di forme morbose pertinenti alla chirurgia generale ed a specialità chirurgiche;
 - d) case di cura polispecialistiche, destinate ad ammalati di forme morbose pertinenti a due o più specialità, tutte rientranti nell'ambito della medicina generale oppure della chirurgia generale;
 - e) case di cura monospecialistiche, destinate ad ammalati di forme morbose pertinenti ad una sola specialità, medica o chirurgica;
 - f) case di cura ad indirizzo specifico (neuropsichiatriche, sanatoriali, riabilitative, ecc.).
3. La capacità ricettiva minima delle case di cura private è fissata come segue:
 - a)-per le case di cura medico-chirurgiche generali: n. 60 posti-letto;
 - b) per le case di cura mediche, chirurgiche e polispecialistiche, di cui ai punti b), c), e d): n. 40 posti-letto;
 - c) per le case di cura monospecialistiche e ad indirizzo specifico, di cui ai punti e) e f): n. 30 posti-letto.

4. La individuazione delle specialità mediche e chirurgiche è determinata con riferimento all'elenco di cui al decreto 10 Marzo 1983, pubblicato sul supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 91 del 2 aprile 1983 e successive modificazioni.

Art. 2

(Autorizzazione all'apertura, ampliamento, trasformazione o trasferimento)

1. L'autorizzazione all'apertura di case di cura private ed all'ampliamento, trasformazione o trasferimento delle medesime, è rilasciata con deliberazione della Giunta regionale, su proposta dell'Ass. Reg. Sanità e previo accertamento del possesso dei requisiti minimi stabiliti dalla presente legge, in particolare dagli artt. 4, 5 e 6.
Nel caso in cui le suddette autorizzazioni comportino aumento di posti-letto, le stesse vengono rilasciate dal Consiglio Regionale su proposta della Giunta regionale.
2. Nessuno può aprire, ampliare, trasformare, trasferire o tenere in esercizio Case di Cura private senza l'autorizzazione prevista dal presente articolo.
3. L'Autorizzazione non può essere sotto qualsiasi forma ed alcun titolo, ceduta ad altri se non previa autorizzazione, ancorché si tratti dell'esercizio di singole attività ambulatoriali di diagnosi e cura, o cambiamento di gestione.
4. Gli eredi dell'autorizzatario hanno diritto di continuare provvisoriamente l'esercizio della Casa di cura privata durante le more per il rilascio della autorizzazione al nuovo titolare, che deve presentare apposita domanda entro 90 giorni dall'avvenuta morte del precedente titolare.
5. Ove la domanda non venga presentata nel termine anzidetto, l'autorizzazione deve intendersi decaduta a tutti gli effetti.
6. E' vietato cedere a qualsiasi titolo locali, compresi nella planimetria presentata all'atto della richiesta di autorizzazione, che siano essenziali ai fini della autorizzazione secondo quanto previsto dal D.P.C.M. 4.6.1986 (G.U. n. 159/1986), senza il necessario assenso della Giunta Regionale.
7. La denominazione delle Case di Cura private deve essere preceduta o seguita dall'indicazione "Casa di Cura Privata".

E' fatto divieto di usare l'aggettivo "Internazionale", nonché denominazioni, locuzioni o frasi, atte ad ingenerare confusione con strutture sanitarie pubbliche.

Art. 3

(Procedura per l'autorizzazione)

1. Chiunque intende aprire, ampliare, trasformare, trasferire o gestire, una casa di cura privata, deve inoltrare domanda all'Ass. Reg. alla Sanità.
2. Nella domanda devono essere precisati:
 - a) il tipo di casa di cura privata che intende aprire, ampliare, trasformare, trasferire o gestire, di cui al precedente Art. 1.
 - b) la ubicazione e la denominazione, nonché la natura delle attività sanitarie che in essa si intende svolgere, con l'articolazione dei servizi e la dotazione dei posti letto che si intende istituire o modificare, nonché il possesso di tutti i requisiti minimi di cui alla presente legge.
3. Alla domanda devono essere allegati:
 - a) la planimetria in scala 1/100 dei locali, con l'indicazione della loro destinazione d'uso, nonché i progetti di costruzione redatti a norma del successivo art. 6.
 - b) regolamento sull'ordinamento e sul funzionamento della casa di cura, sottoscritto dal titolare e dal direttore sanitario;
 - c) ogni altro documento atto a comprovare il possesso dei requisiti previsti.
4. I progetti di costruzione per la apertura, l'ampliamento, la trasformazione e il trasferimento, devono essere approvati, per quanto di loro competenza, anche dal Servizio di prevenzione ed igiene ambientale della Unità Locale Socio-Sanitaria competente per territorio.
5. La Giunta Regionale si pronuncia sulla accoglibilità della domanda, fissando un congruo termine per l'allestimento completo della Casa di cura ovvero per la realizzazione delle opere

di ampliamento o di trasformazione; sono comunque fatte salve le norme edilizie comunali vigenti per competenza territoriale.

6. Trascorso tale termine, l'Ass. Reg. alla Sanità dispone l'ispezione tecnica, avvalendosi della propria struttura ispettiva, eventualmente dei competenti servizi tecnici e sanitari delle Unità locali socio-sanitarie o/e dei competenti uffici tecnici regionali, per l'accertamento della corrispondenza della struttura realizzata e dei relativi requisiti, anche in materia di igiene e sanità pubblica, di prevenzioni antincendi, di infortunistica e igiene del lavoro.
7. Ove l'ispezione sia positiva, la Giunta Regionale, acquisita la ricevuta comprovante l'avvenuto versamento della tassa di concessione regionale prevista dalle vigenti disposizioni nonché le necessarie autorizzazioni di agibilità omero di abitabilità previste in materia, emette il conseguente provvedimento di autorizzazione.
8. Per l'istruttoria della domanda l'Ass. Reg. alla Sanità si avvale dei servizi della Unità locale Socio-Sanitaria nel cui ambito territoriale è collocato il presidio sanitario.

Art. 4

(Progettazione)

1. Ai fini del rilascio della autorizzazione di cui ai precedenti artt. 2 e 3, ogni progetto per la costruzione, l'ampliamento, la trasformazione o il trasferimento di casa di cura privata, redatto da un Ingegnere o un Architetto in osservanza alle norme edilizie comunali, deve essere approvato con deliberazione della Giunta Regionale.
2. I progetti devono essere corredati di una relazione tecnico-sanitaria, a firma del progettista e di un medico competente in igiene e tecnica ospedaliera.
3. La relazione tecnico-sanitaria deve evidenziare tra l'altro:
 - a) il rapporto con le previsioni e indicazioni del piano sanitario regionale;
 - b) i criteri urbanistici di scelta dell'area, le sue caratteristiche e la rispondenza alle indicazioni al Piano regolatore vigente;
 - c) l'utilizzazione dell'area e la sua sistemazione in relazione all'orientamento, alla morfologia del terreno e alla vegetazione esistente;
 - d) il rapporto con le condizioni climatiche locali, quali temperatura, umidità relativa, ventosità e soleggiamento;
 - e) i concetti igienico-sanitari e funzionali che hanno informato la redazione del progetto, con particolare riferimento al sistema dei percorsi orizzontali e verticali;
 - f) l'aggregazione dei corpi di fabbrica, i criteri distributivi dei servizi diagnostico-terapeutici per i malati interni e per quelli esterni, dei locali di degenza completa e diurna e dei Servizi generali;
 - g) le caratteristiche strutturali dei corpi di fabbrica e le caratteristiche specifiche dei materiali e componenti impiegati;
 - h) la capacità ricettiva complessiva e delle singole unità di degenza, nonché le specialità che si intendono attivare;

i sistemi previsti per l'approvvigionamento idrico, lo smaltimento dei rifiuti solidi e liquidi, nonché per la ventilazione, il riscaldamento e l'eventuale condizionamenti dell'area, ed in genere per altri servizi generali e impianti tecnologici.

Art. 5

(Caratteristiche dell'area)

1. L'area prescelta, oltre che rispondere alle norme del Piano regolatore comunale, deve presentare i seguenti requisiti urbanistici, igienico-ambientali, geologico-morfologici e climatici, dimensionali:

- a) deve essere preferibilmente inserita nel sistema delle comunicazioni, in dipendenza della viabilità, delle reti dei trasporti pubblici e dell'entità dei traffici e dei tempi massimi di percorrenza;
 - b) deve avere varchi sufficientemente comodi e muniti di tutte le opere stradali che assicurino una perfetta accessibilità;
 - c) deve consentire l'arretramento dello ingresso dei malati rispetto al filo stradale in modo da offrire una sufficiente sicurezza nell'accesso.
2. L'ubicazione della casa di cura deve realizzarsi in località salubre ed alberata, lontano da depositi o scoli di materiale di rifiuto, da acque stagnanti, da industrie rumorose o dalle quali provengono esalazioni moleste e nocive, da cimiteri e da quelle attrezzature urbane che possono comunque arrecare danno o disagio alle attività terapeutiche ed al soggiorno.
 3. L'area non deve insistere su terreni soggetti ad infiltrazioni o ristagni e non deve ricadere in zone franose o potenzialmente tali e non deve essere situata in da cui possono prevenire esalazioni o fumi nocivi o sgradevoli.
 4. Per le Case di Cura di nuova costruzione o attivazione, la superficie totale dell'area non deve essere inferiore a mq. 70 per posto letto.
 5. per ampliamenti strutturali intesi ad aumentare i posti letto o comunque nel caso di incremento di posti letto, deve essere previsto un aumento della superficie totale di 70 mq. Per ogni posto letto in aumento.
 6. Almeno 15 Mq. Per posto letto devono essere destinati a parco e giardino e devono essere previste aree destinate al parcheggio delle autovetture in misura di 1 mq. Ogni 10 mc., destinati alla attività sanitaria di ricovero e cura per la quale la casa di cura è autorizzata, nel rispetto delle norme urbanistiche locali.

Art. 6

(Caratteristiche costruttive)

1. Ogni casa di cura privata deve essere costituita da uno o più edifici ad uso esclusivo.
2. Lo sviluppo in altezza ed i distacchi dei corpi di fabbrica devono essere conformi alle norme stabilite dagli strumenti urbanistici e dai regolamenti locali.
3. In tutti gli ambienti destinati alla degenza ed al soggiorno dei malati deve essere assicurata l'illuminazione naturale mediante finestre apribili all'interno ed un'adeguata areazione.
4. Negli edifici a più di un piano devono essere previsti elevatori in numero adeguato ai flussi di traffico e comunque destinati a lettighe ed ammalati, a materiale pulito e vitto, al materiale sporco.
5. I corridoi destinati al transito dei malati devono avere una larghezza non inferiore a m. 2.
6. Le scale devono avere gradini di larghezza minima di m. 1,50, pedata minima di cm. 23 ed alzata massima di cm. 17.
7. Devono essere usati materiali e provvedimenti adeguati per la protezione acustica dai rumori provenienti dall'esterno, dall'interno o dal funzionamento degli impianti tecnologici.
8. Le pareti di tutti i locali destinati ad attività sanitarie devono essere rivestite di materiale o vernici resistenti al lavaggio, alla disinfezione ed alla azione meccanica.
9. Le camere di degenza ed i locali di servizio, in relazione allo specifico uso cui sono rispettivamente destinati, devono essere muniti di dispositivi atti a consentire un idoneo oscuramento.
10. Nelle camere di degenza la superficie del pavimento non deve essere inferiore a 7 mq. per letto nelle camere a più letti, e a 12 mq. nelle camere ad un letto. In ogni camera di degenza non devono, di norma, essere collocati più di quattro posti letto.
11. Le altezze minime nette dei piani non devono essere inferiori a m. 2,70.

12. I pavimenti delle sale operatorie e locali accessori, sale da parto, sale di radiologia, e dei locali che contengono anestetici infiammabili, devono possedere adeguate caratteristiche di antistaticità.
13. La scelta della pavimentazione va fatta avendo riguardo allo specifico uso cui i locali sono destinati.
14. Nella progettazione e costruzione della Casa di Cura devono essere adottate adeguate soluzioni tecniche per la eliminazione delle barriere architettoniche, in osservanza della normativa vigente in materia nonché in relazione alla specifica infermità oggetto del ricovero.

Art. 7

(Articolazione in più edifici separati)

1. Le case di cura private possono essere articolate in più edifici separati ma collegati funzionalmente.
2. Peraltro, le case di cura private, articolate in più edifici separati, possono istituire unitariamente la direzione sanitaria e quella amministrativa, servizio di radiodiagnostica, il servizio di analisi, il servizio di anestesia, il servizio di farmacia, il servizio di sterilizzazione, il servizio di cucina, il servizio di lavanderia, il servizio di disinfezione e disinfestazione, il servizio mortuario, ecc., fatta salva la presenza, in ogni edificio, di apparecchiature congrue e di personale idoneo per le esigenze operative.
3. La Giunta Regionale, con proprio procedimento, emana apposite prescrizioni perché il complesso degli edifici conservi la piena funzionalità ed idonei collegamenti.

Art. 8

(Approvvigionamento idrico)

1. La dotazione minima idrica giornaliera di acqua potabile, per posto-letto non deve essere inferiore a 200 litri, con esclusione del fabbisogno non destinato alle dirette esigenze umane.
2. Le case di cura private devono essere dotate di una riserva idrica di acqua potabile corrispondente almeno al 50% del fabbisogno complessivo di almeno un giorno, e realizzata mediante serbatoi nei quali sia assicurato un sufficiente ricambio giornaliero.
3. La Giunta Regionale può concedere deroghe temporanee alla dotazione minima laddove sussistono reali condizioni di carenza delle risorse idriche locali.

Art. 9

(Smaltimento dei rifiuti liquidi)

1. I rifiuti liquidi delle case di cura private, che non possono essere convogliati nella rete fognante cittadina, devono essere sottoposti a trattamenti, tra cui quello finale della disinfezione, ai sensi della delibera 30 dicembre 1980 del Comitato Interministeriale per la tutela delle acque dall'inquinamento: "Direttive per la disciplina degli scarichi di pubbliche fognature e di insediamenti civili che non recapitano in pubbliche fognature" e successive modificazioni, nonché delle disposizioni statali e regionali vigenti.

Art. 10

(Smaltimento dei rifiuti solidi e speciali)

1. Lo smaltimento dei rifiuti solidi e dei rifiuti speciali, anche tossici e nocivi, deve realizzarsi nel rispetto delle norme di cui al Decreto del Presidente della Repubblica del 10 settembre 1982, n. 915, espelle disposizioni di cui alla deliberazione del Comitato Interministeriale, previste dall'art. 5 del Decreto stesso, nonché delle disposizioni statali e regionali vigenti.

Art. 11

(Smaltimento dei rifiuti radioattivi)

1. I metodi di smaltimento dei rifiuti radioattivi devono essere preventivamente approvati dalla Unità Locale Socio-Sanitaria competente, in conformità del D.P.R. 13 febbraio 1964, n. 185, e successive modificazioni.

Art. 12

(Protezione antisismica)

1. Fermo restando la vigente normativa in materia antisismica, le Case di Cura private devono prevedere particolari accorgimenti per la rapida evacuazione dei pazienti costretti a letto.

Art. 13

(Sicurezza antincendi)

1. Le Case di Cura private devono garantire in tutti gli ambienti la sicurezza contro gli incendi, predisponendo particolari accorgimenti per la rapida evacuazione dei pazienti costretti a letto, mediante l'applicazione delle norme tecniche vigenti e le prescrizioni del Comando dei Vigili del Fuoco, secondo le seguenti direttrici:
 - a) caratteristiche delle strutture ed impiego di materiali resistenti al fuoco;
 - b) avvisatori d'incendio;
 - c) uscita di sicurezza e scale esterne di emergenza.
 - d) impianti elettrici;
 - e) rete antincendio ed altri sistemi di spegnimento.

Art. 14

(Condizioni microclimatiche)

1. Le Case di Cura devono essere dotate di impianti atti ad assicurare idonee condizioni microclimatiche.
2. La temperatura dell'aria non deve essere inferiore a 20° C, per le sale di degenza e di soggiorno, e a 22° C, per le sale di visita e medicazione.
3. Nei settori destinati a specifiche attività terapeutiche (sale operatorie, sale da parto, sale di degenza immaturi, rianimazione, terapia intensiva, ecc.) devono essere previsti impianti di condizionamento integrale a tutt'aria esterna, con un numero di ricambi orari adeguato alle specifiche esigenze del servizio ed un controllo particolare della purezza dell'aria attraverso opportuni filtri assoluti.
4. Per tali settori i valori della temperatura e dell'umidità relativa sono determinati in funzione delle esigenze specifiche del servizio a cui l'impianto è destinato.

Art. 15

(Protezione dalle radiazioni ionizzanti)

1. Per l'impiego di apparecchi o di sostanze che possono generare radiazioni ionizzanti, le case di cura private devono adottare i necessari provvedimenti costruttivi per la protezione sanitaria dei degenti, del personale e della popolazione, ai sensi delle leggi vigenti ed in particolare del D.P.R. 13 febbraio 1964, n. 185, e successive modificazioni.

Art. 16

(Impianti elettrici)

1. Le Case di Cura private devono esser dotate di dispositivi ed impianti di sicurezza e di emergenza atti a garantire, in casi di interruzione dell'alimentazione elettrica esterna, l'automatica ed immediata disponibilità di energia elettrica adeguata ad assicurare almeno il funzionamento delle attrezzature e dei servizi che non possono rimanere inattivi neppure per brevissimo tempo

(complessi operatori e da parto, servizio di rianimazione, sala di terapia intensiva, sala per immaturi, emoteca) nonché un minimo di illuminazione negli altri ambienti.

2. Idonei dispositivi devono essere apprestati per l'illuminazione notturna e per la chiamata del personale di assistenza diretta.

3. Gli impianti elettrici devono essere in conformità delle norme del Decreto del Presidente della Repubblica 27 aprile 1955, n. 547, e della legge 1° Marzo 1968, n. 186, nonché delle direttive CEE

recepite in materia.

Art. 17

(Impianti di distribuzione dei gas medicali)

1. Le Case di Cura private, che ricoverano malati di forme mediche o chirurgiche, devono essere dotate di un impianto centralizzato per la distribuzione dei gas medicali, installati secondo la normativa vigente e le prescrizioni del Comando dei Vigili del Fuoco.

Art. 18

(Requisiti generali)

Ogni Casa di Cura privata, oltre a soddisfare alle esigenze dell'igiene e della tecnica ospedaliera, deve disporre almeno dei seguenti servizi e locali:

- a) servizio di accettazione;
- b) camere di degenza;
- c) locali di soggiorno di attesa;
- d) locali e servizi separati per l'isolamento temporaneo degli ammalati di forme morbose diffuse;
- e) locali per la direzione sanitaria e per quella amministrativa;
- f) servizio di radiodiagnostica;
- g) servizio di analisi;
- h) servizio di emoteca, ove richiesto dalla tipologia;
- i) locali di neonatologia e lactarium, ove richiesti dalla tipologia;
- l) complessi operatori e da parto, ove richiesti dalla tipologia;
- m) servizi per il pubblico ed i ricoverati;
- n) servizi per l'assistenza religiosa;
- o) locali per il medico di guardia e, se del caso, per l'ostetrica di guardia;
- p) servizi di lavanderia, di cucina e dispensa, di guardaroba, di fardelleria, di disinfezione e disinfestazione;
- q) servizio di sterilizzazione;
- r) attrezzature tecniche ed impianti tecnologici;
- s) servizi per il personale;
- t) servizio mortuario.

Art. 19

(Raggruppamento dei servizi e locali)

1. I servizi e i locali delle Case di Cura si distinguono in:

- a. direzione sanitaria e direzione amministrativa;
- b. servizi di diagnosi e cura;
- c. degenze;

d. servizi generali;

e. impianti tecnologici.

2. Oltre ai servizi indicati al precedente comma, la Casa di Cura deve disporre degli altri servizi diagnostici necessari in relazione alla specifica attività svolta.

Art. 20

(Direzione Sanitaria)

La direzione sanitaria deve comprendere i locali per il direttore e i suoi collaboratori e deve essere ubicata in modo da esercitare su tutto il complesso le sue specifiche funzioni.

Art. 21

(Direzione amministrativa)

La direzione amministrativa è costituita dai locali per gli uffici amministrativi della Casa di Cura e deve comprendere anche i locali per i servizi economici e contabili.

Art. 22

(Servizio di accettazione sanitaria)

1. Il servizio di accettazione sanitaria deve disporre di almeno un locale con superficie minima di mq. 12 per la prima visita e la registrazione dei ricoverandi nonché per la eventuale osservazione dei malati, direttamente accessibile dall'esterno anche da parte dei barellati.

2. La Casa di cura è tenuta comunque ad assicurare le prime cure ad ammalati o feriti che necessitano di immediata assistenza, disponendone poi, se del caso, il tempestivo trasferimento mediante idonea ambulanza presso altro istituto di cura.

Art. 23

(Servizio di diagnostica radiologica)

Il servizio di diagnostica radiologica deve consistere in locali ed impianti proporzionati alla capacità di complesso e alla sua classificazione.

Deve essere provvisto di apparecchiature idonee alla applicazione delle misure di protezione da radiazioni ionizzanti di cui al Decreto del Presidente della Repubblica 12 Febbraio 1964, n. 185, e successive modificazioni.

Art. 24

(Servizio di laboratorio di analisi cliniche)

1. Il servizio di laboratorio di analisi cliniche deve disporre di locali e di attrezzature proporzionati alla capacità e alla tipologia del complesso, comunque nel rispetto dei requisiti minimi indicati nella vigente normativa nazionale e regionale, con l'esclusione, qualora non venga svolta attività ambulatoriale, dei locali per attesa e prelievi e con la conseguente riduzione dei limiti minimi di superficie.

Art. 25

(Servizio di emoteca)

1. Il servizio di emoteca, ove richiesto dalla tipologia della Casa di Cura privata, deve essere costituito ai sensi della legge 14 luglio 1967, n. 592, e del relativo regolamento di attuazione 24 agosto 1971, n. 1256, ed in conformità della normativa regionale vigente.

2. La Casa di Cura, ove previsto dalla tipologia, è tenuta a comunicare, alla Unità Locale Socio-Sanitaria competente, il centro trasfusionale con cui è convenzionata.

Art. 26

(Servizi di diagnosi e cura)

1. L'accettazione consiste di locali per la prima visita e la registrazione, e per la eventuale temporanea osservazione dei malati. Deve essere distinta in accettazione Sanitaria e accettazione amministrativa.

2. La Giunta Regionale, nell'ambito delle convenzioni di cui agli artt. 43 e 44 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, può chiedere l'istituzione, presso le Case di Cura, di un servizio ambulatoriale.

3. La Giunta Regionale, nell'ambito delle predette convenzioni, può chiedere l'istituzione, presso le Case di Cura private, di un servizio continuo di pronto soccorso coordinato, su prescrizione del Piano Regionale, con gli altri presidi sanitari locali.

4. Il servizio di diagnostica radiologica deve consistere di locali ed impianti proporzionati alla capacità del complesso e alla sua classificazione.

Deve essere provvisto di apparecchiature idonee alla applicazione delle misure di protezione da radiazioni ionizzanti di cui al Decreto del Presidente della Repubblica 13 febbraio 1964, n. 185, e successive modificazioni.

5. La Giunta Regionale può richiedere l'istituzione di un servizio di recupero e rieducazione funzionale.

6. Il servizio di analisi deve essere in grado di effettuare le comuni indagini relative alla tipologia della Casa di Cura.

7. Il servizio di emoteca deve essere costituito ai sensi della Legge 14 luglio 1967, n. 592, e del relativo regolamento di attuazione.

8. Il complesso operatorio deve essere costituito dall'insieme dei locali per gli interventi di chirurgia generale e delle specialità chirurgiche; oltre ai veri e propri locali per gli interventi chirurgici, deve comprendere almeno un locale per preparazione, risveglio e rianimazione immediata postoperatoria; inoltre deve essere collegato con gli eventuali ambienti di rianimazione e pronto soccorso.

9. Il blocco operatorio deve essere costituito da almeno due sale operatorie, per i primi 100 posti letto chirurgici, e da almeno un'altra sala operatoria, per ogni ulteriori 50 posti letto chirurgici o frazioni.

10. Le sale operatorie, in linea di massima, devono avere una superficie non inferiore a mq.30; dimensioni minori saranno ammesse per particolari specialità chirurgiche in relazione all'esigenza degli interventi.

11. Il complesso per il parto deve essere agevolmente collegato con le degenze di ostetricia e con il complesso operatorio, nonché con la neonatologia, ove esista. Deve essere proporzionato alla capacità delle degenze di ostetricia.

12. Devono essere previsti, inoltre, locali ed attrezzature adeguati, in rapporto alla specifica attività specialistica. In particolare, devono essere disponibili attrezzature per le indagini più comuni di fisiopatologia cardiovascolare.

Art. 27

(Raggruppamenti ed unità funzionali di degenza)

1. Ogni Casa di Cura deve essere articolata in unità funzionali di degenza con posti letto non inferiori a 15 (omero a 10 nel caso di specialità aggregate) e non superiori a 30; dette unità confluiranno per branche affini in raggruppamenti con non meno di 30 e non più di 100 posti-letto, per le case di cura di cui al punto 6 dell'art. 3 del D.P.C.M. 27 Giugno 1986 (atto di indirizzo e coordinamento) ad indirizzo specifico, in raggruppamenti con non più di 120 posti letto.

2. Almeno il 10% delle stanze di degenza devono ospitare un solo letto con una superficie netta non inferiore a mq. 9, se riferita al letto di degenza, a mq. 12, se si prevede un letto d'aggiunta per l'accompagnatore.

3. Oltre a quanto previsto dall'art. 6, comma 10, le stanze di degenza pediatrica non devono superare la capacità di 4 letti, con una superficie minima per letto pari a mq. 5, per le stanze a più letti, e mq. 9, per la stanza ad 1 letto.
4. Devonsi prevedere gli apprestamenti necessari per il pernottamento delle madri e degli accompagnatori dei ricoverati di età inferiore a 6 anni o dei soggetti particolarmente bisognosi dell'assistenza materna.
5. Nell'ambito delle unità di degenza, o comunque in luogo ritenuto idoneo, devono essere previsti ambienti necessari anche per il colloquio con i parenti, da destinare ai medici delle Case di Cura, aventi funzioni di diagnosi e cura.
6. La dotazione complessiva di servizi igienici per le unità funzionali di degenza deve essere commisurata ad almeno un lavabo con acqua calda sanitaria per ogni 4 letti, un bidè ed una tazza WC per ogni 6 letti, una vasca da bagno o doccia per ogni 10 letti, con esclusione dei servizi riservati alle camere singole.
7. Di norma, i vani di latrina e di antilatrina dovranno essere dotati di aerazione e di illuminazione dirette.

Art. 28

(Servizi generali)

1. Il servizio di cucina può essere anche convenzionato o gestito in cooperativa da più istituzioni private, purché regolarmente autorizzate dall'autorità sanitaria e purché le condizioni di trasporto siano idonee; se del caso, vi dovrà essere una cucina dietetica interna. Devono essere installati adeguati impianti per la captazione di fumi, vapori ed odori, nei punti di produzione, e per la loro pronta eliminazione.
2. Il servizio di lavanderia può essere anche convenzionato o gestito in cooperativa da più istituzioni private, purché regolarmente autorizzate dalla autorità sanitaria e purché le condizioni di trasporto siano idonee; viene comunque escluso l'appalto esterno per la biancheria infetta o sospetta. I locali devono essere attrezzati per la pronta captazione di vapori, polveri ed odori.
3. Il servizio di disinfezione e disinfestazione deve essere dotato dei locali e delle attrezzature occorrenti per le operazioni di disinfezione e di disinfestazione degli effetti personali e lettereschi, della biancheria e in genere dei materiali infetti, nonché per il deposito dei disinfettanti e disinfestanti. Le Case di Cura possono consociarsi fra di loro per la gestione di stazioni di disinfezione e disinfestazione e, limitatamente a quest'ultima, ricorrere ad appalti esterni.
4. Il servizio di sterilizzazione è necessario allorché vi siano unità funzionali chirurgiche ed ostetriche e servizi di endoscopia; esso può essere abbinato al complesso operatorio e può costituire un servizio centralizzato in riservata comunicazione con il complesso operatorio e con il complesso per il parto. Nelle Case di Cura unicamente mediche, la sterilizzazione di siringhe, provette, pezzi di aspirazione, spirometri, ed altre attrezzature, può essere assicurata mediante stazioni consorziate e con convenzioni con servizi pubblici di sterilizzazione.
5. Il servizio mortuario, oltre che presentare locali destinati all'osservazione, al deposito e alla esposizione delle salme ed un separato accesso dall'esterno, deve essere dotato anche di locali per eventuali riscontri diagnostico anatomico patologici, ai sensi della legge 15 febbraio 1961, n. 83, ove non si intenda assolvere a tale adempimento mediante convenzione.
6. Il servizio farmaceutico, in relazione all'entità del numero di posti letto, può constare di idonei locali per il deposito di medicinali dei presidi medico-chirurgici, del materiale di medicazione, ecc., oppure può limitarsi ad un armadio farmaceutico.
7. Il servizio di assistenza religiosa deve essere assicurato dalla direzione amministrativa, per i degenti che ne facciano richiesta.
8. Il servizio per il pubblico e i ricoverati deve soddisfare le esigenze del pubblico che, per ragioni varie, frequenta la Casa di Cura, nonché dei ricoverati.
9. I servizi per il personale devono essere costituiti dagli spogliatoi, dalla mensa e dal ristoro, ove previsti dal CCNL.

10. Il servizio di pulizia generale può essere anche convenzionato o gestito in cooperativa da più istituzioni private.

Art. 29

(Impianti tecnologici)

1. Gli impianti tecnologici comprendono le attrezzature tecnologiche necessarie per assicurare l'efficiente funzionamento dei servizi ausiliari della Casa di Cura.

Essi devono prevedere locali attrezzati per le centrali: termica, idrica, elettrica, telefonica, frigorifera, di condizionamento, di aspirazione e vuoto, di gas medicali antincendio, ricerca persone, trattamento rifiuti solidi, ecc.

Art. 30

(Apparecchiature ad alta tecnologia)

1. Salvo diversa disposizione del Ministero della Sanità, la Giunta Regionale, sentito il parere del Consiglio Sanitario Regionale, emana ed aggiorna periodicamente l'elenco delle apparecchiature diagnostico-strumentali ad alta tecnologia, che comportano modifiche alla destinazione d'uso dei locali già autorizzati, per le quali necessita apposita autorizzazione per l'installazione ed uso.

2. A tal fine, le Case di Cura private devono inoltrare richiesta di autorizzazione al Settore Sanità della Regione Abruzzo.

3. L'autorizzazione all'installazione ed uso delle apparecchiature, di cui al presente articolo, è rilasciata dalla Giunta Regionale, sentito il parere del Consiglio Sanitario Regionale.

4. Per le apparecchiature di cui ai commi precedenti, già acquistate alla data del 31.12.1988, le Case di Cura private devono presentare istanza entro il termine di 60 giorni dalla data della comunicazione della deliberazione della Giunta Regionale, che individua le apparecchiature soggette ad autorizzazione.

Art. 31

(Pianta Organica)

1. L'organico delle Case di Cura private è quello previsto dalle disposizioni di cui al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 27.6.1986, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 153 del 4.7.1986, così come specificato negli articoli che seguono.

Art. 32

(Personale medico con funzioni igienico -organizzative)

1. Le Case di Cura con oltre 150 posti letto devono avere un direttore sanitario responsabile, al quale è vietata ogni funzione di diagnosi e cura nella Casa di Cura stessa.

2. I requisiti sono:

a) -anzianità di laurea di 10 anni;

b) -libera docenza o specializzazione in igiene e medicina preventiva o nelle altre discipline dell'area funzionale di prevenzione e sanità pubblica;

c) -almeno 7 anni di servizio presso ospedali pubblici con funzioni di vice direttore sanitario o ispettore sanitario o presso Istituti Universitari di igiene, di medicina preventiva, di medicina legale, di medicina sociale o presso cliniche di malattie infettive oppure quale funzionario medico del Ministero della Sanità o delle Regioni, Ufficiale Sanitario o medico igienista con qualifica di dirigente presso Comuni o Consorzi provinciali o consorzi di Comuni con popolazione superiore a 100.000 abitanti oppure almeno 7 anni di servizio in qualità di Direttore Sanitario responsabile o di vice direttore sanitario presso Case di Cura private.

3. I suddetti requisiti possono essere superati ove il medico sia in possesso di idoneità nazionale a Direttore Sanitario.
4. Sono esonerati dal possesso dei predetti requisiti i sanitari che alla data dell'entrata in vigore della presente legge svolgono le funzioni di direttore sanitario responsabile presso le Case di Cura private.
5. Nelle case di Cura con un numero di posti letto superiore a 90, fino a 150 posti letto, le funzioni di cui al 1° comma possono essere affidate, in carenza del direttore sanitario, ad un medico responsabile di raggruppamento di unità funzionali o di servizio speciale di diagnosi e cura, con rapporto di dipendenza a tempo pieno ed in possesso di specializzazioni in igiene o disciplina equipollente.
6. Nelle Case di Cura con numero di posti letto fino a 90, le funzioni di cui al 1° comma possono essere affidate, in carenza del direttore sanitario, ad un medico responsabile di raggruppamento di unità funzionali o di servizio speciale di diagnosi e cura.
7. Non è consentito svolgere le funzioni di direttore sanitario responsabile di più di una Casa di Cura.
8. La funzione di direttore sanitario è incompatibile con la qualità di proprietario, comproprietario, socio o azionista della società che gestisce la Casa di Cura.

Art. 33

(Attribuzioni del Direttore Sanitario responsabile)

1. Il direttore sanitario cura l'organizzazione tecnico-sanitaria della Casa di Cura privata sotto il profilo igienico ed organizzativo, rispondendone all'amministrazione e all'autorità sanitaria competente.
2. In particolare, il direttore sanitario ha le seguenti attribuzioni:
 - a) -cura l'applicazione del regolamento sull'ordinamento e sul funzionamento della Casa di Cura proponendone le eventuali variazioni;
 - b) -controlla la regolare tenuta e l'aggiornamento di apposito registro contenente i dati anagrafici e gli estremi dei titoli professionali del personale addetto ai servizi sanitari;
 - c) -trasmette annualmente all'autorità sanitaria competente un elenco del personale addetto ai servizi sanitari, in servizio al 1° gennaio, e di quello convenzionato, e comunica le successive variazioni;
 - d) -vigila sulla regolare compilazione e tenuta del registro dei parti e degli aborti, del registro degli interventi chirurgici e dell'archivio clinico;
 - e) -cura la tempestiva trasmissione all'ISTAT e all'autorità sanitaria dei dati e delle informazioni richieste;
 - f) -stabilisce, in rapporto alle esigenze dei servizi, l'impiego, la destinazione, i turni e i congedi del personale medico, infermieristico, tecnico ed esecutivo, addetto ai servizi sanitari;
 - g) -controlla che l'assistenza agli infermi sia svolta con regolarità ed efficienza;
 - h) -vigila sul comportamento del personale addetto ai servizi sanitari, proponendo, se del caso, all'Amministrazione i provvedimenti disciplinari;
 - i) -propone all'Amministrazione, d'intesa con i responsabili dei servizi, l'acquisto di apparecchi, attrezzature ed arredi sanitari, ed esprime il proprio parere in ordine ad eventuali trasformazioni edilizie della Casa di Cura;
 - l) -rilascia agli aventi diritto, in base ai criteri stabiliti dalla Amministrazione, copia delle cartelle cliniche ed ogni altra certificazione sanitaria riguardanti i malati assistiti nella Casa di Cura.
 - m) -vigilia sul funzionamento dell'emoteca nonché sulla efficienza delle apparecchiature tecniche, degli impianti di sterilizzazione, disinfezione, condizionamento dell'area, della cucina e lavanderia, per quanto attiene agli aspetti igienico-sanitari;
 - n) -controlla la regolare tenuta del registro di carico e scarico degli stupefacenti ai sensi di legge;

o) -vigila sulla scorta dei medicinali e prodotti terapeutici, sulle provviste alimentari e sulle altre provviste necessarie per il corretto funzionamento della Casa di Cura;

p) -stabilisce, oltre ai turni di guardia medica, quelli di guardia ostetrica ed infermieristica.

Art. 34

(Assenza o impedimento del Direttore Sanitario)

1. L'Amministrazione della casa di cura privata è tenuta ogni anno a designare un medico che sostituisca nelle funzioni il direttore sanitario responsabile, in caso di sua assenza o impedimento temporanei, ed a comunicare il nominativo all'autorità sanitaria competente.

2. Detto medico deve possedere almeno uno dei requisiti di cui al precedente art. 32.

Art. 35

(Personale medico con funzioni di diagnosi e cura)

1. Il personale medico con funzioni di diagnosi e cura deve essere rapportato non soltanto al numero dei posti-letto, ma anche alla qualità e quantità delle prestazioni richieste, in modo da assicurare una adeguata e continua assistenza ai malati.

2. Il regolamento interno della Casa di Cura deve prevedere la dotazione di personale medico in conformità dei criteri sopra indicati.

3. In tutte le Case di Cura deve essere previsto, con rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno o definito, omero con rapporto di collaborazione professionale coordinata e continuativa, come previsto dagli accordi nazionali di categoria, almeno un medico dirigente responsabile ed un medico aiuto per ciascun raggruppamento di unità di degenza, nonché un medico con funzioni di assistente per ciascuna unità funzionale.

Art. 36

(Personale medico)

QUALIFICAZIONE DEL PERSONALE DIRIGENTE

1. Ogni raggruppamento di "unità funzionali" fino ad un massimo di 100 posti letto, deve avere un medico responsabile, il quale deve essere in possesso dei seguenti requisiti:

a) -anzianità di laurea di almeno 10 anni;

b) -libera docenza o specializzazione nella disciplina delle unità funzionali che nel raggruppamento ha il maggior numero di posti letto e, in caso di parità, nella disciplina che costituisce l'indirizzo prevalente del raggruppamento o della disciplina generale che lo comprende; omero, in mancanza, servizio ospedaliero o universitario nelle predette discipline per almeno 7 anni;

c) -servizio ospedaliero o universitario nelle discipline sopra indicate per almeno 4 anni, ovvero servizio con rapporto di dipendenza in case di cura private nelle discipline stesse per almeno 6 anni.

2. Sono esonerati dal possesso dei suddetti requisiti i sanitari che alla data dell'entrata in vigore della presente legge, svolgono le funzioni di medico responsabile presso case di cura private.

3. I medici dirigenti delle unità di degenza specialistiche debbono possedere la relativa specializzazione o la libera docenza nella materia.

4. I requisiti di servizio possono essere superati dal possesso di idoneità a primario in una delle discipline del raggruppamento.

QUALIFICAZIONE DEL PERSONALE MEDICO COLLABORATORE

Medico aiuto

5. Il medico con funzioni di aiuto deve essere in possesso nei seguenti requisiti:

a) -anzianità di laurea di almeno 5 anni;

b) -libera docenza o specializzazione nella disciplina dell'unità funzionale che nel raggruppamento ha il maggior numero di posti letto e, in caso di parità, nella disciplina che costituisce l'indirizzo prevalente del raggruppamento o nella disciplina generale che lo comprende; ovvero, in mancanza, servizio ospedaliero ed universitario nelle predette discipline per almeno 5 anni;

c) -servizio ospedaliero o universitario nelle discipline sopra indicate per almeno 2 anni, ovvero servizio con rapporto di dipendenza prestato nelle discipline stesse in case di cura private per almeno 3 anni.

6. Sono esonerati dal possesso dei suddetti requisiti i sanitari che alla data dell'entrata in vigore della presente legge svolgono le funzioni di medico aiuto presso le case di cura private. Medico assistente:

7. Il medico con funzioni di assistente deve avere i requisiti previsti dalla normativa per l'assunzione presso il Servizio Sanitario Nazionale.

Art. 37

(Personale del servizio di analisi)

1. Nelle case di cura medico-chirurgiche generali, e nelle altre case di cura la cui ricettività non sia inferiore a 90 posti-letto, deve essere previsto un posto di dirigente del servizio di analisi con rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno o definito, omero con rapporto di collaborazione professionale coordinata e continuativa, avente i titoli previsti dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 10 febbraio 1984, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 55 del 24 Febbraio 1984.

Art. 38

(Personale medico del servizio di radiodiagnostica)

1. Nelle Case di cura medico chirurgiche generali, e nelle altre case di cura la cui ricettività non sia inferiore a 90 posti, deve essere previsto un posto di medico dirigente del servizio di radiodiagnostica con rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno o definito, ovvero con rapporto di collaborazione professionale coordinata e continuativa.

2. Il dirigente del servizio di radiodiagnostica è responsabile dell'adozione delle misure di sicurezza contemplate dalle vigenti disposizioni e deve curare la conservazione in archivio dei radiogrammi, se non allegati alle rispettive cartelle cliniche.

3. Le indagini radiologiche del cuore, dei vasi, delle vie biliari ed urinarie, per le quali è richiesto l'impiego di sostanze di contrasto iodato, possono effettuarsi soltanto in case di cura fornite di ambiente idoneo e di presidi per la rianimazione. Le indagini a carattere invasivo sul sistema cardiovascolare possono effettuarsi solo alla presenza di un anestesista rianimatore.

Art. 39

(Personale medico del servizio di anestesia e rianimazione)

1. Il servizio di anestesia e rianimazione è obbligatorio in tutte le case di cura private che ricoverino ammalati di forme morbose pertinenti alla chirurgia generale e a specialità chirurgiche.

2. Deve essere previsto un posto di dirigente del servizio, con rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno o definito o con rapporto di collaborazione professionale coordinata e continuativa e almeno *un assistente dotato di specializzazione nella disciplina ogni 90 posti letto di chirurgia e specialità chirurgiche* o frazione, con rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno o definito.

3. Deve essere assicurato il servizio di pronta disponibilità di un anestesista rianimatore.

Art. 40

(Regolamento dell'attività medica)

1. Il regolamento interno deve indicare le attribuzioni, i compiti e le responsabilità di ciascun medico, nonché individuare, di massima, i criteri dell'orario di servizio e dei turni di lavoro, in

conformità a quanto previsto nei contratti e negli accordi collettivi nazionali di lavoro, secondo quanto stabilito dall'art. 31 della presente Legge; il personale medico comunque impiegato in casa di cura non può avere un impegno orario settimanale inferiore a quello previsto per il tempo definito.

2. La guardia medica deve essere permanente e interna alla casa di cura e deve, di regola, essere svolta da assistenti ed aiuti dei reparti.

3. Allorquando la guardia medica venga svolta da medici assunti "ad hoc", questi ultimi debbono possedere i requisiti previsti per gli assistenti.

4. Nelle case di cura ostetriche o con reparto di ostetricia, laddove manchino reparti di neonatologia e pediatria, deve essere assicurata la pronta reperibilità di un pediatra che visiti il neonato entro le prime 12 ore dalla nascita e assicuri la compilazione della scheda pediatrica.

5. La casa di cura privata può instaurare rapporti convenzionali con medici esterni.

6. In tal caso, fermo restando l'obbligo per la casa di cura stessa da assicurare comunque con il proprio personale medico una adeguata e continua assistenza ai ricoverati, nelle convenzioni deve essere indicato:

a. -il tipo di rapporto convenzionato (saltuario, a tempo parziale, ecc.);

b. -la durata del rapporto stesso;

c. -la natura delle attività professionali che il medico convenzionato è tenuto a svolgere;

d) -le attribuzioni e funzioni del medico convenzionato per quanto concerne la diagnosi e cura dei ricoverati, in rapporto alle responsabilità dei medici dipendenti o a rapporto di collaborazione coordinata e continuativa;

e) -i termini per la reperibilità e pronta disponibilità del medico convenzionato.

7. Le Case di Cura private devono assicurare ai ricoverati le consulenze specialistiche eventualmente necessarie.

8. Tutti i sanitari sono tenuti alla reciproca consulenza.

Art. 41

(Cartelle cliniche)

1. In ogni casa di cura privata è prescritta, per ogni ricoverato, la compilazione della cartella clinica da cui risultino le generalità complete, la diagnosi di entrata, la anamnesi familiare e personale, l'esame obiettivo, gli esami di laboratorio e specialisti, la diagnosi, la terapia, gli esiti e postumi.

2. Le cartelle cliniche, firmate dal medico curante e sottoscritte dal medico responsabile di raggruppamento devono portare un numero progressivo ed essere conservate a cura della direzione

sanitaria. Fatta salva la legislazione vigente in materia di segreto professionale, le cartelle cliniche ed i registri di sala operatoria devono essere esibiti, a richiesta, agli organi formalmente incaricati della vigilanza.

3. In caso di cessazione della attività della casa di cura le cartelle cliniche devono essere depositate presso la ULSS territorialmente competente.

Art. 42

(Personale infermieristico, tecnico, esecutivo ed amministrativo)

1. L'organico della Casa di Cura deve prevedere personale infermieristico, tecnico, esecutivo ed amministrativo in numero adeguato alle effettive esigenze dei servizi.

2. Per quanto riguarda il personale infermieristico viene fissata la seguente parametrizzazione:

a) per i vari settori di degenza il tempo di assistenza pro-die e per degente deve essere non inferiore a 76;

b) per i settori di terapia intensiva (unità di terapia cardiologica intensiva, di rianimazione);

-respiratoria, neurochirurgica, cardiologi, ecc...

-per grandi ustionati) il tempo di assistenza pro-die per degente deve essere compreso tra i 500 e 600 in relazione al tipo di cura intensiva;

c) per i settori di terapia subintensiva inseriti nelle unità funzionali di cardiocirurgia, chirurgia toracica, chirurgia vascolare, chirurgia pediatrica, neurochirurgia, patologia neonatale, il tempo di assistenza pro-die per degente in relazione alla dimensione dell'unità stessa deve essere compreso tra 200 e 240.

3. La Casa di Cura deve inoltre garantire la presenza in servizio di:

a. un caposala per ogni raggruppamento di unità di degenza nei giorni feriali;

b. un ausiliario socio-sanitario per ogni 20 posti-letto per ciascuno dei due turni.

4. In mancanza di infermieri professionali la Casa di Cura potrà avvalersi nel proprio organico di infermieri generici purché sia garantita la presenza di almeno un infermiere professionale in ogni turno e per ogni 30 posti-letto.

5. Nelle unità funzionali di ostetricia e ginecologia dovrà prevedersi la presenza in ciascun turno di almeno una ostetrica in luogo di quella di un infermiere quale prevista al secondo comma e di almeno una puericultrice o vigilatrice d'infanzia in ciascun turno per ogni otto culle-neonati.

6. Nelle ore notturne garantita la presenza di personale infermieristico nella pro porzione di almeno un terzo delle unità prescritte per ciascuno dei due turni diurni, e di personale ausiliario nella misura necessaria per svolgere le relative mansioni, che in nessun caso possono ritenersi sostitutive rispetto quelle infermieristiche.

7. L'organico del personale tecnico per servizi di laboratorio, di radiologia o di altri settori sarà determinato in relazione alle dotazioni di apparecchiature previste nei singoli casi ed alla previsione delle prestazioni da effettuare, sia in rapporto alla qualità che alla quantità.

8. L'organico degli operatori psico-socioeducativi, dei tecnici della riabilitazione sarà determinato in relazione alle specifiche caratteristiche riabilitative di ciascuna casa di cura.

9. Ai fini del computo afferente e del rispetto della dotazione organica, il personale con rapporto di dipendenza a tempo parziale sarà considerato sulla base del rapporto proporzionale tra gli orari di lavoro previsti per il tempo pieno e l'orario di lavoro effettivamente previsto in part-time.

10. Solo in casi particolari, in relazione alla peculiarità delle funzioni da svolgere, è consentito prevedere negli organici personale Infermieristico e tecnico, a prestazione professionale, nella misura massima del 20% della relativa dotazione organica.

11. Il personale addetto ai servizi speciali di diagnosi e cura, ai servizi generali deve essere distinto da quello addetto alle degenze.

12. Eventuali deroghe alle aliquote di personale sopra previste per l'organico dei reparti Alidi degenza potranno essere autorizzate in stretto riferimento a particolari tipologie di case di cura, quali ad esempio quelle ad indirizzo fisio-terapico e riabilitativo.

13. I provvedimenti previsti dal presente articolo sono adottati dalla Giunta Regionale, sentito il Consiglio Sanitario Regionale.

Art. 43

(Comunicazione importo tariffe)

1. La Casa di Cura ha l'obbligo di comunicare preventivamente agli assistiti l'importo delle tariffe delle prestazioni sanitarie ed alberghiere praticate.

Art. 44

(Termini per l'adempimento)

I termini per l'adempimento delle prescrizioni contenute nella presente legge sono fissati in sei mesi dalla data della sua pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo.

Art. 45

(Vigilanza)

1. La vigilanza sulle Case di Cura private è esercitata dal servizio ispettivo dell'Assessorato Regionale alla Sanità omero dalle Unità Locali Socio-Sanitarie competenti per territorio, i quali sono tenuti ad operarla ogni volta che la ritengano necessaria.
2. In caso di inadempienza alle prescrizioni della presente legge o alle condizioni inserite nell'atto di autorizzazione, su proposta della ULSS o dell'Assessore Regionale alla Sanità, il Presidente della Giunta Regionale diffida la Casa di Cura privata ad eliminarle entro un congruo termine; trascorso inutilmente il quale, ordina la chiusura della Casa di Cura privata, fino a quando non vengano rimosse le cause che hanno determinato il provvedimento
3. Nel caso vengano meno i requisiti essenziali (igienico-edilizi, di dotazione strumentale, di personale) che compromettono l'erogazione di prestazioni assistenziali da parte della Casa di Cura privata, il Presidente della Giunta Regionale, nell'atto di diffida, ne dispone la chiusura temporanea,
totale o parziale.
4. Nel caso di reiterate infrazioni, la Giunta Regionale, su proposta dell'Assessore Regionale alla Sanità, può revocare l'autorizzazione.
5. Presso ogni Casa di Cura è istituito un registro delle ispezioni, sul quale sono verbalizzati, per ogni accesso ispettivo, gli esiti delle verifiche e le relative prescrizioni.

Art. 46

(Documentazione)

1. Le Case di Cura private convenzionate sono obbligate a conservare e ad esibire alla Unità Locale Socio-Sanitaria, per i necessari controlli sull'attività ospedaliera convenzionata, la seguente documentazione:
 - a) -registro dei ricoveri;
 - b) cartelle cliniche dei degenti;
 - c) registro operatorio con indicazione del nome del paziente operato, della diagnosi, della natura dell'intervento, delle generalità dei componenti dell'equipe operatoria nonché della data e dell'orario di inizio e di fine dell'intervento;
 - d) registro dei parti e registro degli aborti;
 - e) registro del pronto soccorso, ove esistente;
 - f) registro dell'attività ambulatoriale, dal quale siano rilevabili le generalità dell'assistito, la diagnosi, le prestazioni diagnostiche e terapeutiche effettuate nonché il nominativo del sanitario che le ha praticate;
 - g) -ogni altra documentazione, dati ed informazioni ritenute necessarie dalla Giunta Regionale.
2. Le Case di Cura private convenzionate sono tenute a trasmettere mensilmente all'Unità Locale Socio-Sanitaria i dati relativi al movimento infermi. La Giunta Regionale impartisce apposite direttive per la compilazione e tenuta della predetta documentazione e può prescrivere l'adozione dei modelli standardizzati anche per la rilevazione dei dati relativi alla efficienza delle strutture.

Art. 47

(Convenzioni, sospensioni e risoluzioni delle convenzioni)

1. Le convenzioni con le Case di Cura private vengono stipulate secondo lo schema di cui al D.M. 22.7.1983 e successive modificazioni.

La diaria omnicomprensiva è stabilita in conformità dell'art. 7 del predetto D.M. e successive modificazioni, alla base degli accordi livello nazionale, con particolare riguardo agli standards di personale.

2. Nel caso di eventuali inadempienze alle convenzioni, l'U.L.SS. è tenuta a contestare per iscritto le inadempienze stesse, assegnando, in relazione al tipo di inadempienza, un termine per la rimozione delle medesime; trascorso tale termine, qualora la Casa di Cura non abbia provveduto a sanarle, l'U.L.SS. ha facoltà di proporre alla Giunta Regionale di sospendere in tutto o in parte la convenzione.

3. La sospensione deve essere disposta obbligatoriamente, qualora si tratti di inadempienze che pregiudicano direttamente l'attività assistenziale. In tale caso la sospensione ha effetto immediato.

4. Nel procedimento con cui il Presidente della Giunta Regionale dispone la sospensione delle convenzioni, viene indicato il termine entro cui le cause di inadempienza devono essere rimosse.

5. Decorso inutilmente il predetto termine, sempreché la Giunta regionale non abbia disposto la proroga della sospensione per giustificati motivi, la convenzione è risolta di diritto.

6. La convenzione è, altresì, risolta, di diritto:

- a) qualora, valutate le controdeduzioni prodotte dalla Casa di Cura privata entro i 15 giorni dalla contestazione della U.L.SS., la Giunta Regionale ritenga le stesse inaccoglibili;
- b) nel caso che la Casa di Cura non provveda a comunicare tempestivamente la sospensione o l'interruzione di servizi previsti nella convenzione;
- c) in caso di revoca dell'autorizzazione alla apertura e all'esercizio della Casa di Cura privata.

7. Oltre che nei casi previsti dalle vigenti disposizioni e dal presente articolo, la risoluzione della convenzione è disposta per ripetute inadempienze alla convenzione, o, nel caso questa non venga eseguita secondo le regole della normale correttezza e della buona fede, anche sotto il profilo amministrativo.

Art. 48

(Strutture private riconosciute quali presidi delle Unità Locali Socio-Sanitarie)

1. Gli Ospedali dipendenti dagli Istituti ed Enti di cui all'art. 41, comma 1, della legge 23 Dicembre 1978, n. 833, che non abbiano ottenuto la classificazione ai sensi della legge 12 febbraio 1968, n. 132, nonché le istituzioni di carattere privato, possono essere riconosciute dalla Giunta Regionale quali presidi delle Unità Locali Socio-Sanitarie, qualora siano individuati dal piano sanitario regionale.

2. Ai fini del riconoscimento, le strutture di cui al 1° comma devono avere un ordinamento dei servizi corrispondente a quello degli Ospedali pubblici, secondo la normativa disciplinante le Istituzioni sanitarie private, e devono assicurare livelli di prestazioni non inferiori a quelli erogati dai corrispondenti presidi e servizi delle Unità Locali Socio-sanitarie.

3. La domanda di riconoscimento è presentata dagli enti ed istituzioni interessati entro 90 giorni dall'entrata in vigore del Piano Sanitario Regionale.

4. Il riconoscimento di cui al presente articolo è effettuato con deliberazione della Giunta Regionale, d'intesa con la competente Commissione Consiliare.

5. Alle strutture di cui trattasi si applica la normativa vigente in materia di organizzazione e ordinamento dei servizi per le istituzioni sanitarie private.

6. Le opere di costruzione e trasformazione nonché le variazioni concernenti le strutture igienico-organizzative, di diagnosi e cura, sono soggette a preventiva autorizzazione della Giunta Regionale, d'intesa con la competente Commissione Consiliare.

7. I rapporti tra le istituzioni sanitarie, riconosciute a norma del presente articolo, con le ULSS di competenza, sono regolati da convenzioni stipulate in conformità degli schemi tipo degli artt. 43 e 44, 3° comma, della legge 23 Dicembre 1978, n. 833.

8. La vigilanza igienico-sanitaria sulle istituzioni sanitarie riconosciute a norma del presente articolo è esercitata in conformità della vigente legislazione.

9. I controlli sull'esatta applicazione delle convenzioni sono esercitati dalla ULSS competente per territorio, in conformità degli accordi convenzionali.

Art. 49

(Norme di rinvio)

1. Per quanto non previsto dalla presente legge, si applicano le disposizioni di cui alle vigenti disposizioni normative in materia.

2. La Giunta Regionale verifica i casi in cui non si applicano alle Case di Cura Private già in esercizio alla data di entrata in vigore della presente legge, le disposizioni contenute nei precedenti articoli 5 e 6, per la parte relativa alle caratteristiche dell'area ed alle dimensioni di corridoi e delle scale, garantendo che non siano compromesse la funzionalità e l'efficienza delle strutture e dei servizi.

Art. 50

(Urgenza)

La presente legge è dichiarata urgente ed entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo.

La presente legge regionale sarà pubblicata nel <<Bollettino Ufficiale della Regione.

E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge della Regione Abruzzo.

Data a L'Aquila, addì 14 settembre 1989.

MATTUCCI