

**LEGGE REGIONALE 5 maggio 1990, n. 36**

**Determinazione dei requisiti delle Case di Cura private e disciplina delle convenzioni ai sensi degli articoli 43 e 44 della legge n. 833/1978.**

*(BUR n. 43 del 14 maggio 1990)*

*(Legge abrogata dall'art. 15, comma 1 della L.R. 18 luglio 2008, n. 24)*

**CAPITOLO I**

**Art. 1**

*(Oggetto e scopo della legge)*

1 La presente legge, nell'ambito dei principi di cui agli articoli 43 e 44 della legge 23/12/1978, n. 833 e delle norme di cui all'atto di indirizzo e di coordinamento, previsto dall'art. 2 del D.M. 22 luglio 1983, determina:

- i requisiti per l'apertura, la gestione, l'esercizio e la vigilanza sulle Case di Cura private;
- le caratteristiche funzionali cui le Case di Cura private debbono corrispondere onde assicurare livelli di prestazione sanitarie non inferiori a quelle erogate dai corrispondenti presidi e servizi delle UU.SS.LL..

**Art. 2**

*(Generalità e definizione)*

1 Sono Case di Cura private gli stabilimenti sanitari dotati di reparti di degenza e di servizi di diagnosi e cura, gestiti da privati, persone fisiche e giuridiche che provvedono ai ricoveri ed all'assistenza diurna e notturna ed, eventualmente, all'assistenza ambulatoriale di cittadini italiani e stranieri ai fini preventivi, diagnostici, curativi o riabilitativi.

**Art. 3**

*(Autorizzazione all'apertura)*

1. L'apertura e la gestione di Case di Cura private, l'ampliamento, la modifica e la trasformazione delle medesime vengono autorizzate con decreto del Presidente della Giunta regionale, nel rispetto delle norme stabilite dalla legge, previo accertamento tecnico-sanitario ed amministrativo del possesso dei requisiti contemplati dalla presente legge.

2. Tale accertamento deve essere eseguito dai competenti uffici dell'Assessorato regionale alla Sanità ovvero espressamente delegato alla U.S.L. nel cui territorio insiste la Casa di Cura.

3. Nessuno può aprire o tenere in esercizio Case di Cura private senza autorizzazione; in caso di apertura di Case di Cura private senza autorizzazione ne viene disposta la chiusura con decreto del Presidente della Giunta regionale.

4. L'autorizzazione viene rilasciata secondo le modalità di cui agli articoli 3 e 4 della presente legge.

5. Trascorsi 60 giorni dalla ricezione della domanda di autorizzazione, gestione, modifica, ampliamento e trasformazione, senza che sia stato emesso il relativo decreto, gli interessati possono inoltrare motivato ricorso alla giunta regionale che deve decidere entro 30 giorni dalla ricezione del ricorso medesimo. Trascorso inutilmente tale termine, l'autorizzazione si intende concessa.

6. In caso di morte del titolare gli eredi sono abilitati a continuare, in via provvisoria, l'esercizio della Casa di Cura nelle more del rilascio della nuova autorizzazione, la relativa domanda deve essere presentata da uno degli eredi, munito di regolare procura, entro 60 giorni dalla data della morte del titolare medesimo.

7. In caso di subentro, per atto tra vivi o per causa mortis, gli Organi competenti regionali, accertati il possesso dei requisiti del subentrante, provvede nei termini di cui alla presente legge al rilascio della relativa autorizzazione.

8. Nel caso di persone giuridiche, si applica la disciplina di cui alle norme del C.C. (art. 2247 e segg.).

#### **Art. 4**

##### *(Procedura di autorizzazione)*

1. Chiunque intende procedere all'apertura di una Casa di Cura, ovvero intenda procedere all'ampliamento, alla modifica o alla trasformazione di una Casa di Cura preesistente, deve inoltrare domanda alla Giunta regionale - Assessorato alla Sanità.

2. Nella domanda devono essere indicati i seguenti dati:

- 1) la denominazione;
- 2) la natura dell'attività sanitaria;
- 3) l'articolazione dei servizi di diagnosi e cura sia in ordine all'attrezzatura, sia in ordine alla dotazione del personale medico, ausiliario e socio-sanitario;
- 4) la dotazione dei posti letto distinti per reparto o unità di degenza.

3. Alla domanda devono essere allegati:

- a) planimetria dei locali con l'indicazione della loro destinazione d'uso;
- b) il regolamento sull'ordinamento ed il funzionamento della Casa di Cura e, nel caso di persona giuridica, il relativo atto di costituzione;
- c) la ricevuta del versamento in c/c, intestato alla Tesoreria regionale, della prevista tassa di concessione regionale.

4. L'autorizzazione deve indicare:

- la denominazione della Casa di Cura;
- il titolare della Casa di Cura (persona fisica o giuridica);
- l'articolazione e la denominazione dei servizi di diagnosi e cura nonché dei reparti con i relativi posti letto;
- la dotazione numerica del personale medico, paramedico, ausiliario e sociosanitario;
- il nominativo del Direttore Sanitario responsabile;
- il parere della competente U.S.L.;
- le risultanze del sopralluogo di cui al precedente articolo 3;
- gli estremi del versamento della tassa di concessione regionale;
- eventuali indicazioni sulle caratteristiche igieniche, tecnico-sanitarie, organizzative ed impiantistiche, che dovessero essere ritenute utili per garantire una migliore funzionalità della Casa di Cura.

#### **Art. 5**

##### *(Sospensione e revoca)*

1. In caso di inadempienza alle disposizioni della presente legge ovvero disfunzioni nella erogazione delle prestazioni assistenziali che possono essere eliminate mediante opportuni ed idonei interventi, la Casa di Cura viene diffidata dall'Assessore regionale alla Sanità a provvedere entro un adeguato tempo.

2. Trascorso inutilmente il termine stabilito nell'atto di diffida previa dettagliata e motivata relazione che, comunque deve essere redatta in contraddittorio con il responsabile della Casa di cura medesima, da parte dell'Organo che ha emesso l'autorizzazione, è comminata la sospensione delle attività fino a quando non siano state rimosse le cause che hanno determinato il provvedimento.

3. Avverso tale provvedimento è ammesso ricorso alla Giunta regionale che deve decidere entro 30 giorni dalla ricezione dello stesso. La riapertura della Casa di Cura dovrà essere autorizzata con regolare decreto del Presidente della Giunta regionale.

4. In caso di reiterate infrazioni alle norme della presente legge ovvero di comprovate gravi disfunzioni nella erogazione delle prestazioni, salvo quanto stabilito nel comma precedente, può essere disposta la revoca della autorizzazione con decreto del Presidente della Giunta regionale.

#### **Art. 6**

*(Denominazione)*

1. La denominazione delle Case di Cura private deve essere sempre preceduta o seguita dalla indicazione: "Casa di Cura privata"; è fatto assoluto divieto di usare denominazioni o frasi atte ad ingenerare confusione con strutture sanitarie pubbliche, nonché l'aggettivo "internazionale".

#### **Art. 7**

*(Tipologia)*

1. Le Case di Cura private sono così distinte:

- 1) Case di Cura medico-chirurgiche generali destinate ad ammalati di forme morbose pertinenti alla medicina generale, alla chirurgia generale ed eventualmente a specialità mediche chirurgiche;
- 2) Case di Cura mediche, destinate prevalentemente ad ammalati di forme morbo se pertinenti alla medicina generale ed a specialità mediche;
- 3) Case di Cura chirurgiche destinate prevalentemente ad ammalati di forme morbose pertinenti alla chirurgia generale ed a specialità chirurgiche;
- 4) Case di Cura ad indirizzo polispecialistico destinate ad ammalati di forme morbose pertinenti a due o più specialità, tutte rientranti nell'ambito della medicina generale oppure della chirurgia generale;
- 5) Case di Cura ad indirizzo monospecialistico destinate ad ammalati di forme morbose pertinenti ad una sola specialità, medica o chirurgica;
- 6) Case di Cura ad indirizzo specifico (neuropsichiatriche, sanatoriali, riabilitative e per lungodegenza, riabilitazione cardiovascolare, ecc.).

#### **Art. 8**

*(Capacità ricettiva)*

1. La capacità ricettiva minima delle Case di Cura private è fissata come segue:

- per le Case di Cura medico-chirurgiche generali n. 60 posti letto;
- per le Case di Cura mediche, chirurgiche e specialistiche di cui ai nn. 2-3 e 4 del precedente articolo, n. 40 posti letto;
- per le Case di Cura monospecialistiche e ad indirizzo specifico di cui ai nn. 5 e 6 dello stesso precedente articolo, n. 30 posti letto.

**Art. 9**  
(Progettazione)

1 Ogni progetto e tutti gli allegati per la costruzione di una Casa di Cura privata, redatto da un ingegnere o architetto deve pervenire alla Regione Calabria - Assessorato alla Sanità.

2 Il progetto deve essere corredato:

- 1) dagli elaborati grafici comprendenti tutti gli elementi orografici, architettonici, costruttivi, impiantistici e strutture esecutivi;
- 2) da una copia della licenza edilizia comunale;
- 3) da una copia dell'atto di approvazione del progetto, per la parte di sua peculiare competenza, dal Comando provinciale dei Vigili del Fuoco;
- 4) da una relazione tecnico-sanitaria, redatta dal progettista e da un medico esperto in igiene e tecnica-ospedaliera in cui deve essere dettagliatamente specificato quanto segue:
  - a) la località prescelta, l'area disponibile, i criteri di scelta della area stessa e le sue caratteristiche;
  - b) le modalità di utilizzazione della area;
  - c) il tipo di attività sanitarie che deve essere esercitato;
  - d) il numero e l'aggregazione degli edifici, i criteri di distribuzione e di destinazione dei locali e loro caratteristiche;
  - e) la capacità ricettiva complessiva e delle singole unità di degenza;
  - f) le caratteristiche degli impianti sanitari e tecnologici.

3 In caso di ampliamento, modifica o trasformazione di Case di Cura preesistenti occorre presentare, oltre al progetto, la documentazione di cui ai precedenti nn. 2 - 3 - 4.

4 Diventa esecutiva la deliberazione, dovrà essere emesso conforme decreto del Presidente della Giunta regionale di cui al precedente art. 3.

**Art. 10**  
(Area)

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

- deve essere ben reinserita nel sistema di comunicazione in dipendenza della viabilità, della rete dei trasporti pubblici e dell'entità dei traffici e dei tempi massimi di percorrenza;

- deve avere varchi sufficientemente comodi ed ampi e muniti di tutte le opere stradali che assicurano una perfetta accessibilità, deve consentire l'arretramento dell'ingresso dei malati rispetto al filo stradale in modo da offrire una sufficiente sicurezza nell'accesso.

2 L'ubicazione della Casa di Cura dovrà avvenire in località salubre ed alberata, lontano da depositi o scoli di materie da 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 dovrà insistere su terreni umidi o soggetti ad infiltrazioni o ristagni e non deve ricadere in zone franose o potenzialmente tali, non dovrà essere situata sottovento a zone da cui possono provenire 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; per ampliamenti strutturali intesi ad aumentare i posti letto deve essere previsto un aumento della superficie totale di 70 mq. per ogni posto letto in aumento; 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 mt. nel rispetto delle norme urbanistiche locali.

### CAPITOLO III

Caratteristiche costruttive - Requisiti igienico-edilizi - Servizi generali ed igienico-sanitari

#### **Art. 11**

*(Requisiti edilizi generali)*

1 Ogni Casa di Cura privata oltre a soddisfare alle esigenze dell'igiene e della tecnica ospedaliera, deve constare di uno o più edifici, destinati esclusivamente all'attività sanitaria.

2 Non è consentito, pertanto, la ubicazione di Case di Cura private fatte salve quelle in esercizio alla data di entrata in vigore della presente legge, in edifici adibiti ad uso abitativo ovvero ad altro uso.

#### **Art. 12**

*(Caratteristiche costruttive)*

1 Lo sviluppo in altezza ed i distacchi dei corpi di fabbrica devono essere con forme alle norme stabilite dagli strumenti urbanistici e dai regolamenti locali. In tutti gli ambienti destinati alla degenza ed al soggiorno dei malati deve essere assicurata l'illuminazione naturale mediante finestre che forniscano anche adeguata ventilazione naturale

2 Negli edifici a più di un piano devono essere previsti elevatori in numero adeguato ai flussi di traffico e comunque destinati a lettighe e ammalati, a materiale pulito e vitto, al materiale sporco.

3 I corridoi destinati al transito dei malati devono avere una larghezza non inferiore a mt. 2.

4 Le scale dovranno avere gradini di larghezza minima di mt. 1,50, pedata minima di cm. 23 e di altezza massima di cm. 17.

5 Devono essere adottati materiali e provvedimenti adeguati per la protezione acustica dai rumori provenienti dall'esterno, dall'interno o dal funzionamento degli impianti tecnologici.

6 Le pareti di tutti i locali devono essere rivestite di materiale e vernici resistenti al lavaggio, alla disinfestazione ed all'azione meccanica.

7 L'altezza minima netta dei piani della Casa di Cura non potrà essere inferiore a mt. 2,70.

#### **Art. 13**

*(Approvvigionamento idrico)*

1 La dotazione idrica giornaliera minima di acqua potabile per posto letto non deve essere inferiore a 200 litri.

2 Le Case di Cura dovranno essere dotate di una riserva idrica corrispondente almeno al 50% del fabbisogno complessivo di un giorno e realizzata mediante serbatoi nei quali sia assicurato un sufficiente ricambio giornaliero.

3 Deroghe alla dotazione minima indicata potranno essere concesse laddove sussistano reali condizioni di carenza delle risorse idriche locali.

#### **Art. 14**

##### *(Requisiti delle camere di degenza e condizioni micro climatiche)*

1 Nelle camere di degenza la superficie del pavimento non deve essere inferiore a 7 mq. per letto nelle camere a letti plurimi e a 9 mq. per letto nelle camere ad un letto. In ogni camera di degenza non possono essere collocati più di 4 letti e sempre che la superficie del pavimento sia di 7 mq. per posto letto; diversamente il numero dei letti da collocare deve essere proporzionato a tale superficie.

2 Le camere di degenza non possono essere collocate nei piani interrati e semi-interrati. Nel piano rialzato devono avere una altezza minima di mt. 3,20; nei piani superiori a quello rialzato devono avere un'altezza minima di mt. 2,70; i locali dei piani interrati e seminterrati devono avere un'altezza minima di 3,20 mt..

3 Nelle camere di degenza e di soggiorno, la temperatura dell'aria non deve essere inferiore a 20 gradi centigradi; nelle sale di visita e di medicazione la temperatura dell'aria non deve essere inferiore ai 22 gradi centigradi.

4 In tutti gli ambienti destinati alla degenza ed al soggiorno dei ricoverati deve essere assicurata l'illuminazione naturale.

5 Le camere di degenza devono essere munite di dispositivi atti a consentire l'oscuramento.

6 Nelle camere di degenza pediatrica la superficie del pavimento non deve essere inferiore a mq. 5 per posto letto nelle camere a letti plurimi; in ogni camera di degenza non possono essere collocati più di 4 letti e sempreché la superficie minima del pavimento sia di 5 mq. per posto letto.

7 Diversamente il numero dei letti da collocare deve essere proporzionato a tale superficie.

8 Le camere di degenza pediatrica devono avere la parete che la separa dal corridoio prevalentemente vetrata in modo da consentire la continua e completa sorveglianza dei degenti.

9 In ogni camera di degenza singola e a letti plurimi le unità di degenza pediatrica devono disporre idoneo arredo, da apprestare all'occorrenza, per il pernottamento delle madri dei ricoverati di età inferiore ai 12 anni e dei soggetti particolarmente bisognosi dell'assistenza materna.

10 Le unità di degenza pediatrica devono altresì, disporre di spazi di soggiorno e svago, coperti e scoperti, ad uso esclusivo dei bambini e proporzionati al loro numero; di adeguate lactarium di idonee misure protettive anti infortunistiche.

#### **Art. 15**

##### *(Impianto idrico sanitario)*

1 La dotazione complessiva dei servizi igienici per la unità funzionale di degenza deve essere commisurata ad almeno un lavabo con acqua calda sanitaria per ogni 4 letti; un bidet ed 1 tazza WC per ogni 6 posti letto, una vasca da bagno o doccia ogni 10 posti letto; con esclusione dei servizi riservati alle camere singole.

2 Nelle Case di Cura per riabilitazione i WC devono essere distanziati in modo da consentire l'uso a pazienti in carrozzella.

3 I servizi igienici di norma devono essere naturalmente areati ed illuminati, è consentito l'uso di servizi igienici areati ed illuminati artificialmente a condizione che ciascuno di essi sia provvisto di una autonoma canna di aspirazione forzata.

#### **Art. 16**

##### *(Smaltimento dei rifiuti liquidi)*

1 I rifiuti liquidi delle Case di Cura private che non possono essere convogliati nella rete di fognatura cittadina, devono essere sottoposti a trattamenti, tra cui quello finale della disinfestazione, in aderenza a quanto prescritto dalla delibera 30 dicembre 1980 del Comitato interministeriale per la tutela delle acque dell'inquinamento "Direttive per la disciplina degli scarichi di pubbliche fognature" ed ai provvedimenti regionali conseguenti a tali direttive.

#### **Art. 17**

*(Smaltimento dei rifiuti solidi)*

1 In base all'art. 14 del decreto del Presidente della Repubblica 10 settembre 1982, n. 915 ("Attuazione delle direttive CEE n. 75/442 relativa ai rifiuti, n. 76/403 relativa allo smaltimento dei policlorodifenili e dei policlorotrifenili e n. 78/319 relativa ai rifiuti tossici e nocivi") ai rifiuti prodotti nelle Case di Cura che siano assimilabili per qualità a quelli urbani si applicano le disposizioni dello stesso decreto relativo ai rifiuti urbani.

2 I rifiuti di medicazione, le parti anatomiche, i rifiuti provenienti da laboratori biologici e quelli che presentino comunque grave pericolo per la salute pubblica devono essere smaltiti anche mediante convenzione con ditte specializzate ed autorizzate dalle autorità sanitarie, secondo sistemi e con impianti che garantiscano la migliore tutela possibile delle esigenze igienico sanitarie, nel rispetto delle prescrizioni fissate dal Comitato interministeriale di cui all'art. 5 dello stesso decreto.

#### **Art. 18**

*(Smaltimento dei rifiuti radioattivi)*

1 I metodi di smaltimento dei rifiuti radioattivi devono essere preventivamente approvati dai competenti organi regionali, ai sensi dell'art. 13 del decreto del Presidente della Repubblica dell'11 gennaio 1972, n. 4 ed in conformità al decreto del Presidente della Repubblica n. 185 del 13 febbraio 1964 e successive modificazioni.

#### **Art. 19**

*(Impianti elettrici)*

1 Gli impianti elettrici devono essere conformi alle norme del D.P.R. 27 - 04 1955 n. 547 e della legge 01-03-1968, n. 186;

2 Le Case di Cura devono essere dotate di dispositivi e di impianti di sicurezza e di emergenza atti a garantire, in caso di interruzione dell'alimentazione elettrica esterna. L'automatica e 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 (tra essi i complessivi operatori e da parto, il servizio di rianimazione, le sale di terapia intensiva, le sale per immaturi, l'emoteca); nonché un minimo di illuminazione negli altri ambienti.

3 Idonei provvedimenti devono essere adottati per l'illuminazione notturna e per i dispositivi acustico-luminosi per la chiamata del personale.

4 Nelle Case di Cura che ricoverano malati di forma acuta mediche o chirurgiche la distribuzione dei gas medicali deve essere effettuata con impianto centralizzato nel rispetto della normativa indicata dal comando dei Vigili del Fuoco.

#### **Art. 20**

*(Servizi generali)*

1. CUCINA: la Casa di Cura deve essere dotata di adeguati locali destinati a cucina nonché di locali separati per ricevere e controllare gli alimenti e le bevande e per la loro conservazione. Deve essere dotata, inoltre, di impianto frigorifero, impianti per il lavaggio ed il deposito delle stoviglie e dei carrelli.

2 Le pareti devono essere coperte sino a mt. 2 di altezza con materiale lavabile: devono essere dotati di adeguati impianti per la captazione di fumi, vapori e odori nei punti di produzione e per la loro pronta eliminazione.

3 È prevista, inoltre, una cucina dietetica interna. Il servizio di cucina può essere anche convenzionato.

4 LAVANDERIA: deve comprendere locali ben areati ed illuminati per la raccolta e la divisione della biancheria e di altri effetti sporchi per il lavaggio, l'asciugatura, il rammendo, la stiratura, il deposito della biancheria e degli altri effetti puliti.

5 Sono consentiti contratti esterni di lavanderia purché la biancheria sia trasferita in sacchi impermeabili a perdere e con mezzo di trasporto chiuso e disinfettabile.

6 I contratti con lavanderia esterna debbono essere limitati alla biancheria con esclusione di quella infetta o sospettata tale; questa deve essere sempre bonificata e lavata presso la Casa di Cura.

7 DISINFEZIONE E DISINFESTAZIONE: detto servizio deve essere dotato dei locali e delle attrezzature occorrenti per le operazioni di disinfezione e disinfestazione degli effetti personali, della biancheria ed in genere dei materiali infetti, nonché per il deposito di disinfettanti e disinfestanti.

8 È possibile far ricorso ad appalti esterni.

9 STERILIZZAZIONE: detto servizio è necessario allorché vi siano unità funzionali chirurgiche ed ostetriche e servizi di endoscopia.

10 Può essere abbinato al complesso operatorio e può costituire un servizio centralizzato in riserva comunicazione con il complesso operatorio e con il complesso per il parto.

11 Nelle Case di Cura mediche la sterilizzazione delle siringhe, provette, pezzi di aspirazione, spirometri ed altre attrezzature può essere assicurata mediante stazioni consorziate e con convenzioni con servizi pubblici di sterilizzazione.

12 ASSISTENZA RELIGIOSA: deve essere previsto il servizio di assistenza religiosa per i ricoverati che la richiedono.

13 SERVIZIO MORTUARIO: deve essere disposto idoneo locale per il servizio mortuario con accesso separato dall'esterno a climatizzazione ideale per la conservazione del cadavere per le prime 24 ore dopo il decesso.

## CAPITOLO IV

### Art. 21

*(Organizzazione dei servizi di diagnostica e cura)*

1 a) Le Case di Cura private devono essere articolate in "unità" funzionali di degenza con posti letto non inferiori a 15 (ovvero a 10 nel caso di specialità aggregate) e non superiori a 30 posti letto.

2 Dette unità confluiscono per branche affini in raggruppamenti con non meno di 30 e non più di 100 posti letto.

3 Il raggruppamento, con un minimo di 30 e con non più di 100 posti letto è ad indirizzo medico o ad indirizzo chirurgico.

4 b) Le unità funzionali sono costituite da:

- medicina generale
- chirurgia generale
- specialità mediche: (pediatria, cardiologia, dermatologia, ematologia, neurologia, nefrologia, pneumologia, geriatria, oncologia medica) specialità chirurgiche: (ostetricia, ginecologia, ortotraumatologia, urologia, otiatria, oculistica).

5 c) Guardia medica permanente: la guardia medica deve essere permanente (24 ore su 24) ed interna alla Casa di Cura pertanto la reperibilità non può essere sostitutiva della guardia medica; deve di regola essere svolta dai medici assi stenti ed aiuti delle unità di degenza.

6 Può essere svolta da medici appositamente assunti con contratto a rapporto di collaborazione professionale coordinata e continuativa; in tal caso debbono possedere i requisiti previsti per gli assistenti delle unità di degenza.

7 d) Servizio di radio-diagnostica: con attrezzatura costituita da almeno un apparecchio fisso fino a 150 posti letto, e di almeno 2 per un numero di posti letto maggiore.

8 Per le Case di Cura neuro-psichiatriche fino a 100 posti letto è ammessa la dotazione di apparecchi portatili.

9 Un apparecchio portatile con amplificatore di brillantezza è obbligatorio congiuntamente a quello fisso per le Case di Cura che ricoverano ammalati chirurgici o traumatologici.

10 Il servizio di radio-diagnostica deve consistere di adeguati ed idonei locali per l'accertamento diagnostico, per lo sviluppo del materiale sensibile e per la preparazione dei radiogrammi; locale per archivio dei radiogrammi, se non allegati alle rispettive cartelle cliniche, e relativi servizi igienici.

11 Il servizio deve essere facilmente accessibile agli ammalati.

12 Devono essere poste in atto tutte le misure per la protezione da radiazioni ionizzanti secondo le norme di cui al D.P.R. 13/12/1964, n. 185 e successive disposizioni di legge in materia.

13 Analoghi criteri vanno seguiti nelle organizzazioni di un eventuale servizio di Terapie Fisiche.

14 È fatto obbligo ai titolari delle case di cura private di denunciare gli apparecchi radiologici esistenti nelle Case di Cura stesse ai sensi dell'art. 195 del T.U. delle leggi sanitarie 27/07/1934 e di chiedere la preventiva autorizzazione per detenere sostanze radioattive comunque confezionate.

15 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 ambienti idonei e di presidi per rianimazione con monitoraggio.

16 Le indagini a carattere invasivo sul sistema cardiovascolare possono effettuarsi solo se sia presente un medico anestesista rianimatore.

17 e) Laboratorio di analisi: deve essere in grado di effettuare tutti gli esami connessi alla specifica attività clinica esercitata.

18 Deve constare di idonei ed adeguati locali per la esecuzione delle analisi chimico-cliniche, per gli esami batteriologici e virologici, nonché il lavaggio e la sterilizzazione della vetreria; locale per l'archivio dei referti se non allegati alle rispettive cartelle cliniche; e relativi servizi igienici.

19 f) Emoteca: deve possedere le caratteristiche prescritte dalla legge 14/07/ 1967 n. 592 e del regolamento di esecuzione 24/08/1971 n. 1256 e cioè: frigoriferi dotati di termoregistratore e dispositivo di allarme visivo acustico.

20 g) Un armadio farmaceutico.

21 h) Per ogni raggruppamento di "unità funzionale" locale per visita e medicazione (può essere sostitutivo delle medicherie per malati chirurgici)

22 Locale di lavoro per il personale infermieristico con relativi servizi igienici.

23 Medicheria per malati chirurgici (può essere sostituito dal locale per visite e medicazioni).

24 Il complesso operatorio deve essere costituito dall'insieme dei locali per gli interventi di chirurgia generale e delle specialità chirurgiche; oltre alle sale operatorie deve comprendere un locale per la preparazione, risveglio e rianimazione post-operatoria.

25 i) Il complesso operatorio deve consistere:

- di 2 sale operatorie per i primi 100 posti letto, con un'altra sala operatoria per gli ulteriori 50 posti letto e frazioni, con illuminazione a lampada scialitica e relativo adeguato impianto per l'aspirazione dei gas anestetici.

26 Le camere operatorie devono rispondere alle norme vigenti in materia di prevenzione di incendi e di esplosioni; comunque deve essere osservata in materia la normativa C.E.I..

27 Le sale operatorie, in linea di massa, devono avere una superficie non inferiore a mq. 30; sono ammesse dimensioni minori per particolari specialità chirurgiche in relazione all'esigenza degli interventi. Devono inoltre avere una sala per la preparazione del personale medico con relativo spogliatoio e servizi igienici muniti di doccia.

28 k) Per i ricoveri in ostetricia si richiede:

- una sala parto per ogni 40 posti letto, ben collegata con l'impianto di sterilizzazione del gruppo operatorio; diversamente deve essere previsto un apposito adeguato locale di sterilizzazione; - una sala travaglio;
- attrezzature idonee, comprensive di culla termostatica per l'assistenza ai neonati.

29 In presenza di letti ostetrici oltre a quanto espressamente previsto occorrono, come attrezzature:

- un ammioscopico;
- un ecografo;
- un cardioecografo;
- un apparecchio di anestesia specifico in sala parto, con attrezzatura per la rianimazione neonatale;
- un lettino termico con aspiratore, erogatore di ossigeno ad aria compressa;
- almeno una culla termostatica;
- una termoculla portatile con dispositivo per respirazione assistita e per il trasporto assistiti presso il centro di terapia intensiva neonatale.

30 Si intende per trasporto assistiti, il trasporto del neonato in altro luogo di cura, preferibilmente a mezzo di ambulanza della Casa di Cura stessa, ovvero di ambulanza di istituzione pubblica o privata, con assistenza continua di un pediatra, ovvero di un ostetrico in servizio presso la Casa di Cura. Non è assolutamente consentita la sostituzione del personale medico con personale paramedico ed ausiliario;

- impianto per l'aspirazione di gas anestetici.

31 Le sale parto debbono rispondere alle norme vigenti in materia di prevenzione incendi ed esplosioni; comunque deve essere osservata in materia la normativa C.E.I..

32 Per il collaudo e gli adempimenti relativi valgono le norme di cui all'ultimo comma del punto n. 2 del precedente art. 19.

33 Nelle eventualità che la Casa di Cura non sia dotata di reparti di neonatologia e di pediatria, deve assicurare la disponibilità, anche con rapporto di consulenza, di un pediatra con l'obbligo di:

- pronta reperibilità
- visita al neonato entro le prime 12 ore dalla nascita;
- tenuta della scheda neonatale.

34 Il rapporto di lavoro deve essere instaurato con atto convenzionale di cui al successivo artt. 22. 1) Le Case di Cura devono, altresì, essere dotate:

- di attrezzature strumentarie adeguate, in rapporto alla specifica attività specialistica esercitata, con l'obbligo comunque, di possedere:
- elettrocardiografo;
- sala gessi per la specialità di orto-traumatologia;
- attrezzatura di fisiopatologia respiratoria per la specialità di pneumologia;
- attrezzature di diagnostica cardiovascolare per la specialità di cardiologia;
- attrezzatura diagnostica per la specialità di oculistica e di otiatria;
- ogni altra attrezzatura e strumentazione indispensabile allo svolgimento delle specifiche attività esercitate.

#### **Art. 22**

*(Rapporto di lavoro del personale medico)*

1 Il personale medico delle Case di Cura private deve espletare la propria attività professionale a rapporto di lavoro a tempo pieno o a tempo definito ovvero a rapporto di collaborazione professionale coordinata e continuativa.

#### **Art. 23**

*(Dotazione di personale medico)*

1 Le Case di Cura private devono avere la seguente dotazione di personale medico:

A) Direttore sanitario

2 Ogni Casa di Cura dotata di oltre 150 posti letto deve avere un Direttore Sanitario responsabile, al quale è vietata ogni attività di diagnosi e cura nella Casa di Cura privata stessa.

3 I requisiti necessari per l'esercizio delle funzioni di Direttore Sanitario sono:

- anzianità di laurea di almeno 10 anni;
- libera docenza o specializzazione in igiene e tecnica ospedaliera; in igiene e medicina preventiva, in medicina legale, in medicina sociale, in malattie infettive, ovvero servizio per sette anni come medico con funzioni di Vice Direttore Sanitario, Ispettore Sanitario, Aiuto o Assistente presso Istituti Universitari di Igiene di medicina preventiva, di medicina legale, di medicina sociale o cliniche, di malattie infettive; funzionario medico del Ministero della Sanità e delle Regioni, Ufficiale sanitario o medico igienista con qualifica di Dirigente presso Comuni o consorzi provinciali o consorzi di Comuni con popolazioni superiori a 100 mila abitanti, oppure almeno sette anni di servizio in qualità di Direttore Sanitario o di V. Direttore Sanitario presso Casa di Cura privata.

4 Sono esonerati dal possesso di requisiti sanitari che alla data di entrata in vigore della presente le. svolgono mansioni di Direttore Sanitario responsabile presso le Case di Cura private.

5 Il requisito di anzianità di servizio si intende superato qualora il medico abbia acquisito una idoneità nazionale a Direttore Sanitario ai sensi del D.P.R. 130/1969 e successive modifiche o di qualifica apicale ovvero ai sensi della normativa ex art. 20 del D.P.R. n. 761/1979.

6 Nelle Case di Cura con numero di posti letto superiori a 100 e fino a 150 posti letto, le funzioni di Direttore Sanitario, possono essere affidate, in carenza del Direttore Sanitario, ad un medico responsabile di un raggruppamento di unità funzionali, ovvero di servizio speciale di diagnosi e cura con rapporto di dipendenza a tempo pieno ed in possesso di specializzazione in igiene o equipollente.

7 Nelle Case di Cura con numero di posti letto fino a 100 le funzioni di Direttore Sanitario 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 lavoro anche di collaborazione professionale coordinata e continuativa

8 Non è più consentito svolgere le funzioni di Direttore Sanitario in più di una Casa di Cura.

9 Il Direttore Sanitario cura l'organizzazione tecnico-sanitaria della Casa di Cura privata sotto il profilo igienico ed amministrativo, rispondendone all'Amministrazione ed alla Autorità sanitaria competente.

10 In particolare il Direttore Sanitario ha le seguenti attribuzioni:

- cura l'applicazione del regolamento sull'ordinamento sul funzionamento della Casa di Cura, proponendone le eventuali variazioni;
- controlla la regolare tenuta e l'aggiornamento di apposito registro contenenti i dati anagrafici e gli estremi dei titoli professionali del personale addetto ai servizi sanitari;
- trasmette annualmente all'Assessorato regionale, alla Sanità della Regione ed alla U.S.S.L. competente l'elenco del personale sanitario, medico e non medico, addetto ai servizi sanitari in attività al 1 gennaio nonché l'elenco del personale medico convenzionato;
- vigila sulla regolare compilazione e tenuta del registro dei parti e degli aborti; del registro degli interventi chirurgici o di sala operatoria;
- vigila sulla regolare tenuta dell'archivio clinico.

11 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, l'anamnesi familiare e personale, l'esame obiettivo, gli esami di laboratorio e specialistici, la diagnosi, le terapie, gli esiti e i postumi.

12 Le cartelle cliniche, firmate dal medico curante e sottoscritte dal medico responsabile di raggruppamento dovranno portare un numero progressivo ed essere conservate a cura della Direzione Sanitaria.

13 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.

14 In caso di cessazione dell'attività della Casa di Cura, le cartelle cliniche dovranno essere depositate presso il servizio medico-legale della U.S.S.L. territorialmente competente.

- Cura la tempestiva trasmissione allo Istat ed alla autorità sanitaria dei dati e delle informazioni richieste;
- stabilisce, in rapporto alle esigenze dei servizi, l'impiego, le destinazioni, i turni ed i congedi del persona le medico, ausiliario, tecnico ed esecutivo addetto ai servizi sanitari;
- controlla che l'assistenza agli infermi sia svolta con regolarità ed efficienza;
- vigila sul comportamento del persona le addetto ai servizi sanitari, proponendo, se del caso, alla Amministrazione i provvedimenti disciplinari;
- propone all'Amministrazione, di intesa con i responsabili dei servizi, lo acquisto di apparecchi, attrezzature ed arredi sanitari ed esprime il proprio parere in ordine ad eventuali trasformazioni edilizie della Casa di Cura;
- rilascia agli aventi diritto, in base ai criteri stabiliti dall'Amministrazione, copia delle cartelle cliniche e ogni altra certificazione sanitaria riguardante i malati assistiti nella Casa di Cura; - vigila sul funzionamento dell'emoteca nonché sulla efficienza delle apparecchiature tecniche, degli impianti di sterilizzazione, di

disinfezione, di condizionamento dell'aria, della cucina e lavanderia, per quanto attiene agli aspetti igienico-sanitari;

- controlla la regolare tenuta del registro di carico e scarico degli stupefacenti, ai sensi di legge; - vigila sulla scorta dei medicinali e prodotti terapeutici sulle provviste alimentari e sulle altre provviste necessarie per il corretto funzionamento della Casa di Cura;
- stabilisce, oltre ai turni di guardia medica, quelli di guardia ostetrica nonché i turni di servizio diurno e notturno del personale medico, infermieristico e del personale sociosanitario, addetto ai reparti di degenza ed ai servizi di diagnosi e cura;
- adotta le necessarie misure in caso di manifestazioni di malattie infettive soggetti a denunce, informandone immediatamente il Servizio di Igiene pubblica della U.S.S.L. competente;
- vigila sulla corretta applicazione delle normative vigenti in materia sanitaria;
- la Direzione Sanitaria deve comprendere locali e servizi adeguati allo espletamento dei compiti ad essa connessi.

15 La funzione di Direttore Sanitario è incompatibile con la qualifica di proprietario, comproprietario, socio o azionista della Società che gestisce la Casa di Cura.

16 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 temporaneo ed a comunicare il nominativo alla competente U.S.L. nonché allo Assessorato alla Sanità della Regione.

17 Detto medico deve possedere almeno uno dei requisiti previsti per il Direttore Sanitario responsabile, fermo restando quanto previsto per le Case di Cura fino a 100 posti letto anche dal Decreto del 28/06/1986 (atto di indirizzo e Coordinamento).

#### B) Medico responsabile del raggruppamento "Unità Funzionali"

- 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:
- anzianità di laurea da almeno dieci anni;
- libera docenza o specializzazione nella disciplina della 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 la comprende; ovvero, in mancanza, servizio ospedaliero od universitario nelle predette discipline per almeno 7 anni;
- servizio ospedaliero od universitario nelle discipline sopra indicate per almeno 4 anni, ovvero servizio con rapporto di dipendenza in Casa di Cura privata nelle discipline stesse per almeno 6 anni;
- i requisiti di servizio possono essere superati dal possesso di idoneità a Primario in discipline attinenti al settore di responsabilità
- sono esonerati dal possesso dei suddetti requisiti i sanitari che alla data di entrata in vigore della presente legge svolgono le funzioni di medico responsabile presso Case di Cura private.

18 I medici dirigenti delle Unità di degenza specialistiche debbono possedere la relativa specializzazione o la libera docenza in materia.

19 Il medico responsabile del raggruppamento di unità funzionali deve essere a rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno o a tempo definito, ovvero a rapporto di collaborazione professionale coordinata e continuativa.

#### C) Medico aiuto

20 Ogni raggruppamento di "Unità Funzionale" fino ad un massimo di 100 posti letto deve avere un medico aiuto, il quale deve essere in possesso dei seguenti requisiti:

- anzianità di laurea di almeno 5 anni;
- libera docenza o specializzazione nella disciplina della "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 la comprende; ovvero, in mancanza, servizio ospedaliero ed universitario nelle predette discipline per almeno 5 anni,

- servizio ospedaliero od 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;

- sono esonerati dal possesso dei predetti requisiti i sanitari che alla data di entrata in vigore della presente legge svolgono le funzioni di medico aiuto presso Case di Cura private.

21 Il medico che svolge le funzioni di Aiuto deve essere a rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno o a tempo definito o a rapporto di collaborazione professionale coordinata e continuativa

D) Medico assistente

22 Ogni "Unità Funzionale" deve avere un medico assistente, il quale deve essere in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente per l'assunzione presso il Servizio Sanitario Nazionale.

23 Il medico assistente può svolgere la sua attività a rapporto di collaborazione professionale coordinata e continuativa.

#### **Art. 24**

*(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, ovvero con rapporto di collaborazione professionale coordinata e continuativa, avente i titoli previsti dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 10/2/984 pubblicato nella G.U.n.55 del 24/2/1984

#### **Art. 25**

*(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, 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.

4 Le indagini a carattere invasivo sul sistema cardio-vascolare possono effettuarsi solo alla presenza di un anestesista-rianimatore.

#### **Art. 26**

*(Personale medico del servizio di anestesia e rianimazione)*

1 Il servizio di anestesia e rianimazione è obbligatorio in tutte le Case di Cura che ricoverano 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 al meno un assistente dotato di specializzazione nelle discipline ogni 100 posti letto di chirurgia e specialità chirurgiche, con rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno o definito, ovvero con rapporto di collaborazione professionale coordinata e continuativa.

3 Deve essere assicurato il servizio di pronta disponibilità di anestesia-rianimatore.

4 In caso di comprovata mancanza, nello ambito territoriale regionale, di medici-anestesisti, è consentito alla Casa di Cura assicurare il servizio con un solo medico.

5 Per lo stesso motivo, su richiesta della Casa di Cura, l'Assessore regionale autorizza la stipula di convenzione con sanitari operanti nelle strutture pubbliche.

### **Art. 27**

#### *(Regolamento dell'attività medica)*

1. Il regolamento interno deve indicare le attribuzioni, i compiti e le responsabilità di ciascun medico, nonché l'orario di lavoro ed i criteri secondo cui vanno stabiliti i turni di servizio, in conformità a quanto previsto nei contratti e negli accordi collettivi nazionali di lavoro; il personale medico comunque impiegato nella 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.

Allorquando venga svolta da medici esterni con rapporto di collaborazione professionale coordinata e continuativa questi ultimi debbono possedere i requisiti previsti per gli assistenti.

3. 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 ed assicuri la compilazione della scheda pediatrica.

4. La Casa di Cura privata può instaurare rapporti convenzionali con medici esterni.

5. In tal caso, fermo restando l'obbligo per la Casa di Cura stessa di assicurare comunque con il proprio personale medico un'adeguata e continua assistenza ai ricoverati, nelle convenzioni deve essere indicato:

- il tipo di rapporto convenzionato (saltuario, a tempo parziale, ecc.);
- la durata del rapporto stesso;
- la natura dell'attività professionale che il medico convenzionato è tenuto a svolgere;
- 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 professionale coordinata e continuativa;
- i termini per la reperibilità grave e pronta disponibilità del medico convenzionato.

6. Le Case di Cura private devono assi curare ai ricoverati le consulenze specialistiche eventualmente necessarie.

7. Tutti i sanitari sono tenuti alla reciproca consulenza.

### **Art. 28**

#### *(Personale infermieristico, tecnico, esecutivo ed amministrativo)*

1. L'organico delle Case 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:

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

- per i settori di terapia intensiva (unità di terapia cardiologica intensiva, di rianimazione-respiratoria, neuro chirurgica, cardiologica, 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;

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

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

- una caposala per ogni raggruppamento di unità di degenza nei giorni feriali;

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

4. In mancanza di infermieri professionali la Casa di Cura può avvalersi nel proprio organico di infermieri generici (ad esaurimento), 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 deve essere provvista la presenza in ciascun turno di almeno una ostetrica in luogo di quella di un infermiere, quale prevista al comma 2, e di almeno una puericultrice o viglatrice di infanzia in ciascun turno per ogni 8 culle-neonati.

6. Nelle ore notturne deve essere garantita la presenza di personale infermieristico nella proporzione 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 a quelle infermieristiche.

7. L'organico del personale tecnico per i servizi di laboratorio, di radiologia o di altri settori, è 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-socio-educativi e dei terapisti della riabilitazione è 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 viene considerato in base al rapporto proporzionale tra gli orari previsti per il tempo pieno 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 del 20% della relativa dotazione organica.

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

## **Art. 29**

### *Case di Cura ad indirizzo particolare (preventoriali neuropsichiatriche sanatoriali riabilitative)*

#### **A) Case di Cura preventoriali**

1. Le Case di Cura preventoriali, per minori fino a 12 anni di età ed adolescenti da 12 a 18 anni, oltre ad avere tutti i requisiti strutturali, dimensionali ed ambientali previsti dalla presente legge, devono avere la superficie totale dell'area non inferiore a 200 mq. per posto letto.

2. L'area non occupata dall'edificio deve essere destinata prevalentemente a campi di gioco, zone erbose e zone alberate.

3. Le camere di degenza, distinte per classi di età fino a 6 anni ed oltre i 6 anni distinte per sesso, adeguate stanze di soggiorno, ricreazione, refettori sale visite, aule scolastiche con la attrezzatura e con gli altri requisiti previsti dalle norme vigenti in materia.

4. Devono essere assicurate consulenze per più comuni specialità e devono essere disposte le relative attrezzature diagnostiche e terapeutiche.

5. La dotazione di personale deve essere conforme alle norme di cui alla presente legge, ove applicabili, ovvero stabilità in relazione alla specifica attività esercitata, dal competente Assessorato alla Sanità della Regione con deliberazione di Giunta regionale, sentito il Consiglio Sanitario regionale nonché la Commissione permanente di politica sociale del Consiglio regionale.

#### B) Case di Cura sanatoriali

6. Le case di Cura sanatoriali, oltre ad avere tutti i requisiti strutturali e dimensionali previsti dalla presente legge, devono essere ubicati in località con idonee caratteristiche climatiche, gli edifici devono essere ampiamente soleggiati.

7. La superficie totale dell'area non deve essere inferiore a 200 mq. per posto letto. L'area non occupata dell'edificio, deve essere prevalentemente destinata a parco alberato, accessibile ai ricoverati.

8. Devono essere disponibili adeguati locali di soggiorno, refettori, balconi e verande accessibili anche agli ammalati a letto bisognosi di elioterapia.

9. Le Case di Cura per forme polmonari ed extrapolmonari devono assicurare una netta separazione tra i due settori.

10. La dotazione di personale deve essere conforme alla norma della presente legge.

#### C) Casa di Cura riabilitativa

11. Le Case di Cura, che svolgono attività di riabilitazione, oltre ad avere tutti i requisiti strutturali, dimensioni ed ambientali previste dalla presente legge, devono disporre di una superficie totale dell'area non inferiore a 200 mq. per posto letto, di cui almeno 100 mq. non coperti, da costruzioni, devono essere destinati a parco alberato, zone erbose, viabilità, attività sportive.

12. In relazione alla specifica attività esercitata devono essere dotati di servizi e strutture collaterali che rendono possibili la programmazione di un intervento mirato al recupero funzionale del paziente.

13. Il competente Assessorato alla Sanità della Regione, valuterà la idoneità e l'adeguatezza dei servizi, delle strutture e del personale in relazione alla specifica attività della Casa di Cura con delibera di Giunta regionale, sentito il Consiglio Sanitario regionale e la III Commissione permanente di politica sociale del Consiglio regionale.

#### D) Case di Cura neuropsichiatriche

14. Le Case di Cura neuropsichiatriche, oltre ad avere tutti i requisiti strutturali dimensionali ed ambientali, previsti dalla presente legge, devono disporre di una superficie totale dell'area non inferiore a 200 mq. per posto letto di cui almeno 100 mq. non coperti da costruzioni, da adibire ad attività sportive, viabilità, parcheggi e verde.

15. Inoltre:

- struttura organizzativa in forma dipartimentale, della quale coesistano la componente neurologica e la componente psichiatrica per ricoveri volontari;
- locali ed attrezzature per la raccolta e la elaborazione dei dati necessari ai fini psico-medico-sociali;
- locali ed attrezzature per interviste a scopo diagnostico e per interventi psico-terapeutici individuali e di gruppo.

16. Le strutture delle Case di Cura neuro psichiatriche devono essere adatte a consentire la vita giornaliera degli in fermi in un idoneo clima di socio-psico terapia e secondo il sistema di comunità terapeutica.

17. La dotazione di personale medico, paramedico e tecnico-sanitario, previsto dalla presente legge, deve comprendere anche un psicologo ed un assistente sociale.

## CAPITOLO V

### **Art. 30**

*(Classificazione - Convenzione)*

1 La Regione classifica le Case di Cura private, assegnandole alle fasce funzionali A, B e C, e relazione alla tipologia ed ai requisiti igienico-edilizio e servizi e alla organizzazione dei servizi di diagnosi e cura, sia in ordine all'attrezzatura sia in ordine alla dotazione di personale, previsti dalla presente legge e dagli accordi nazionali stipulati in base all'art. 2 del D.M. 22.7.1963.

### **Art. 31**

*(Requisiti minimi - Classe funzionale C)*

1 La normativa determinata nei capitoli I - II - III e IV, stabilisce i requisiti minimi strutturali e funzionali di cui le Case di Cura private devono essere in possesso ai fini della concessione del provvedimento autorizzatorio di apertura e gestione.

2 Il possesso dei requisiti minimi costituisce anche titolo valido per l'immissione delle Case di Cura stesse nella classe funzionale C.

### **Art. 32**

#### 1) Servizio di day-hospital

1 La Regione, nell'ambito delle convenzioni, di cui agli artt. 43 e 44 della legge 23.12.1978, nonché della presente legge può chiedere alle Case di Cura private prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione in regime di day-hospital, nel preciso intento di:

- a) realizzare il principio della continuità diagnostico-terapeutica e riabilitativa;
- b) dare la completa possibilità di fruizione dell'assistenza per prestazione, che per la loro natura, richiedono il ricorso alla struttura ospedaliera;
- c) rendere fattibile la diminuzione dei ricoveri, la durata delle degenze, una migliore e più razionale utilizzazione dei posti letto, un razionale uso delle risorse secondo i criteri del rapporto costi-benefici.

#### 2) Servizio di poliambulatorio

2. Anche per tale servizio, la Regione può chiedere le prestazioni di cui al punto 1), nell'intento di soddisfare il principio della continuità diagnostico-terapeutica e di offrire, nel contempo, una vasta gamma di specializzazione completa e accentrata, tale da ottenere una razionale utilizzazione dei servizi.

3. La Casa di Cura deve dimostrare mediante idonea documentazione probatoria una adeguata organizzazione dei servizi sia in relazione all'attrezzatura e allo strumentario, sia in relazione alla dotazione di personale medico e paramedico.

3) Servizio di pronto soccorso

4. Nel quadro della distribuzione sul territorio dei servizi di pronto intervento e di emergenza alle Case di Cura la Regione può chiedere l'istituzione di un servizio continuo di pronto soccorso, coordinato, su prescrizione del Piano Sanitario con gli altri presidi sanitari locali.

5. Il pronto soccorso deve essere collocato in idonei locali, accessibili dall'esterno con barella e fornito di posti-letto e di mezzi di trasporto adeguatamente attrezzati anche con centro mobile di rianimazione, nonché dei mezzi necessari alla diagnosi e alla terapia anche strumentale di emergenza.

6. La Casa di Cura deve dimostrare una adeguata organizzazione del servizio in relazione all'orario di funzionamento che deve essere di 24 ore su 24.

### **Art. 33**

*(Commissione per la classificazione)*

1. La Commissione per la classificazione per le Case di Cura private, che viene costituita con deliberazione della Giunta regionale e che ha il compito di esprimere parere in ordine alla assegnazione della Casa di Cura stessa alle fasce funzionali, nonché in ordine a tutte le questioni ad essa relativa, è composta come segue:

- a) Presidente della Giunta regionale e dello Assessore al ramo delegato con funzioni di Presidente;
- b) tre Consiglieri regionali nominati dal Consiglio regionale con voto limitato a due;
- c) dal dirigente, appartenente al ruolo regionale, del competente settore dell'Assessorato alla Sanità in qualità di componente relatore;
- d) da un funzionario del competente settore dello Assessorato alla Sanità in qualità di Segretario;
- e) da due componenti del Consiglio Sanitario regionale, di cui uno medico e in mancanza, sostituiti entrambi con funzionario medico regionale;
- f) tre rappresentanti della Federazione sindacale unitaria;
- g) tre rappresentanti regionali degli organismi associativi delle Case di Cura private A.I.O.P. ed ARIS;
- h) un rappresentante dell'organizzazione sindacale dei medici che operano nelle Case di Cura private.

2. I rappresentanti dei sindacati e delle Associazioni di cui alle precedenti lettere f, g, ed h, saranno nominati su designazione delle rispettive organizzazioni con decreto del Presidente della Giunta regionale.

- i) dal Coordinatore Sanitario nominato con decreto del Presidente della Giunta regionale, della U.S.S.L. nel cui territorio insiste la Casa di Cura in esame e che partecipa alle relative sedute della Commissione in qualità di componente.

3. Ai componenti della Commissione spetta, entro i limiti e le modalità di cui all'art. 1 della legge regionale n. 12/1982, e successive modifiche, una indennità per ogni giornata di seduta e per ogni eventuale sopralluogo, ritenuto necessario nel corso dei lavori di classificazione.

4. Nell'eventualità di sopralluoghi ritenuti necessari per l'istruttoria delle pratiche per i lavori di classificazioni è prevista la presenza del Dirigente del Settore ispettivo dell'Assessorato regionale alla Sanità.

### **Art. 34**

*(Scopo della classificazione)*

1 La classificazione delle Case di Cura private ha il preciso intento di incentivare la qualificazione assistenziale delle Case di Cura stesse, stimolando il potenziamento dei servizi e il miglioramento degli organici e di concentrare il principio affermato dagli artt 43 e 44 della legge n. 833/1978 e cioè di garantire

l'erogazione, da parte delle istituzioni private di ricovero e cura, di prestazioni sanitarie non inferiori a quelle erogate dai corrispondenti presidi sanitari e servizi pubblici dell'U.S.S.L..

### **Art. 35**

*(Scelte del Piano Sanitario regionale)*

1 La necessità dell'assistenza ospedaliera, che determinano il convenzionamento delle UU.SS.LL. con le Case di Cura private, e, quindi, il fabbisogno di convenzione sul fondamento dei principi espressi dell'art. 44 della legge 833/78, saranno accertati dal Piano Sanitario regionale, tenendo conto prioritariamente delle Case di Cura già convenzionate ed in possesso almeno dei requisiti minimi previsti dalla presente legge, al fine di integrare la rete ospedaliera pubblica ed in un ambito programmato di collaborazione in relazione alla funzione complementare ad essa attivata, in conformità alla norma di cui ai punti 10 e 11 della legge n. 595/85 art. 10.

2 Le Case di Cura private che abbiano un ordinamento dei servizi corrispondenti a quelli degli ospedali gestiti direttamente dalle UU.SS.LL. possono essere riconosciuti dalla Regione quali presidi della U.S.L. qualora siano individuati dal Piano Sanitario regionale con ruolo integrativo dell'assistenza ospedaliera pubblica.

3 Ai fini del riconoscimento, le strutture di cui al precedente comma devono avere un ordinamento dei servizi nonché dotazioni organiche corrispondenti a quelli degli ospedali pubblici e devono assicurare livelli di prestazioni non inferiori a quelle erogate dai corrispondenti presidi e servizi delle UU.SS.LL..

4 Il riconoscimento di cui al presente art. è effettuato con deliberazione del Presidente della G.R., sentita la Commissione consiliare permanente competente in materia di Sanità ed il Comitato Tecnico Scientifico per la programmazione sanitaria.

### **Art. 36**

*(Rinnovo delle convenzioni)*

1. Le convenzioni tra le UU.SS.LL. e le Case di Cura private si intendono tacitamente rinnovate qualora sei mesi prima della scadenza una delle parti non invierà all'altra disdetta a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno. Il termine di tre mesi sarà osservato nel caso di durata annuale della convenzione stessa.

2. Tali termini trovano, però, applicazione in quanto compatibili con le relative norme di cui allo schema tipo di convenzione ex art. 44 della legge 833/1978, emanato con D.M. del 22.7.1983

3. La disdetta della convenzione da parte delle UU.SS.LL. sarà data previa autorizzazione della Regione.

### **Art. 37**

*(Stipula e durata delle convenzioni)*

1. Le convenzioni con le Case di Cura private sono stipulate dalle UU.SS.LL. in conformità allo schema di convenzione di cui al III comma dell'art. 44 della legge 23/12/1978 n. 833, emanata con Decreto Ministeriale del 22/7/1983 ai principi espressi dalla presente legge nonché all'art. 10 della legge regionale 30/11/1981 n. 18, in quanto applicabile.

2. Lo schema di convenzione fissa anche la durata delle convenzioni, che normalmente coincide con la durata del Piano Sanitario regionale.

3. Le UU.SS.LL. nel quadro della programmazione del Piano Sanitario regionale e sulla base di apposita convenzione si avvarranno delle Case di Cura per prestazioni medico-specialistiche e di diagnostica strumentale e di laboratorio.

4. Per tali convenzioni dovranno essere osservate, per quanto applicabili, le leggi regionali 30/11/1981 n. 10 e 10/5/1984 n.9, salvaguardando comunque gli affermati principi legislativi:

- del diritto di accesso, nell'ambito programmato di raccordo con la struttura pubblica, alle prestazioni specialistiche da parte del cittadino entro il termine massimo di 3 (tre) giorni dalla richiesta;
- dell'esigenza di soddisfare la continuità diagnostica-terapeutica.

### **Art. 38**

*(Convenzioni delle Case di Cura con medi ci esterni e con medici dipendenti da Enti pubblici)*

1. Le Case di Cura private possono instaurare rapporti convenzionali:

- 1) in conformità alla normativa, di cui al III comma e seguenti dell'art.34 del D.P.C.M. del 26/6/1986 pubblicato sulla G.U. della Repubblica n. 153 del 4/7/1986;
- 2) in conformità alla normativa, di cui al VII comma dell' art. 3 del D.M. del 22/7/1983, pubblicato sulla G.U. della Repubblica n. 218 del 10 agosto 1983
- 3) in conformità alla normativa ex art. 35 del D.P.R. 20/12/1979 n. 761;
- 4) in conformità alla normativa ex art. 85 del D.P.R. 20/5/87 n. 270.

2. In tali casi e cioè nei casi indicati dai punti 1 - 2 - 3 e 4, ferme restando le incompatibilità contemplate dalla normativa vigente, le convenzioni intese per assicurare il più alto livello delle prestazioni nel quadro dei previsti ambiti programmati di collaborazione e per un incisivo più qualificato rapporto di partecipazione della Casa di Cura privata al proseguimento nei fini del servizio sanitario nazionale, considerata la funzione complementare ad esse affidata, debbono essere stipulate tra le Case di Cura stesse e lo Ente da cui dipende il medico secondo la normativa vigente.

### **Art. 39**

*(Revisione delle classificazioni)*

1. Durante il periodo di efficacia della convenzione, ove la Casa di Cura dovesse perdere uno o più requisiti essenziali inerenti alla fascia di appartenenza, questa, osservando la procedura indicata nei precedenti artt., viene adeguata alla nuova condizione, salvo che non ricorrano gli estremi per la risoluzione della convenzione; la modifica della classificazione comporta di conseguenza la modifica della convenzione.

2. Nel caso, invece, la Casa di Cura dovesse acquisire ulteriori requisiti per essere classificate in una fascia superiore a quella di appartenenza, osservando la procedura indicata nei precedenti artt., viene in conformità adeguata la relativa fascia, sempre che sia ravvisata la necessità di soddisfare le esigenze del servizio ospedaliero per la mancanza nelle strutture pubbliche del territorio di servizi sanitari correlativi ai requisiti in parola ed in presenza di accertata impossibilità di soluzione nell'ambito delle stesse strutture pubbliche.

### **Art. 40**

*(Sospensione e risoluzione delle convenzioni)*

1. La convenzione è sospesa di diritto qualora dovesse verificarsi l'ipotesi di chiusura di cui al I e II comma dell'art. 5 della presente legge; è, altresì, risolto di diritto ove dovesse verificarsi l'ipotesi di revoca della autorizzazione di cui al III comma dello stesso art. 5.

2. È, altresì, sospesa, dopo aver esperito le procedure indicate dal detto art. 5 nei seguenti casi:

- a) quando si determini una variazione nelle strutture sanitarie che comporti l'attribuzione della Casa di Cura ad una fascia inferiore;
- b) quando si determini la riduzione numerica e qualitativa dell'organico del personale sanitario, medico e non medico, al di sotto dei minimi previsti per la fascia funzionale cui la Casa di Cura è iscritta.

3. La risoluzione della convenzione può essere disposta nel caso di gravi inadempienze alle norme della convenzione, ovvero nel caso di constatate deficienze o negligenze nella erogazione delle prestazioni assistenziali, ovvero quando non venga eseguita secondo le regole della correttezza e della buona fede anche sotto il profilo amministrativo-contabile. Le norme, di cui al presente art. vanno applicate nel caso non sia diversamente disposta dalle relative norme di cui allo schema tipo di convenzione ex art. 44 della legge 23/12/ 1978 n. 833, ovvero ad integrazione del le stesse nel caso non sia espressamente configurata la fattispecie che si presenta per la disamina.

#### **Art. 41**

*(Trattamento economico in regime convenzionale delle Case di Cura private)*

1. Il trattamento economico in regime convenzionale delle Case di Cura private deve essere adeguato alla fascia funzionale di appartenenza.
2. Per la fascia funzionale C, la diaria giornaliera omnicomprensiva di degenza viene determinata annualmente in sede nazionale sulla base di trattative tra la parte pubblica (Ministero Sanità-Ministero Tesoro-Regioni-ANCI e UNCEM) e le associazioni delle Case di Cura private.
3. Per le altre fasce funzionali, la diaria giornaliera omnicomprensiva di degenza, viene determinata in sede regionale, salvo diversa disposizione legislativa tra la parte pubblica (Regioni ANCI-UNCEM) e le Associazioni Regioni della Casa di Cura privata.
4. La diaria deve essere commisurata uniformandosi alla normativa ed alla procedura che verrà stabilita in sede nazionale per la omogeneizzazione delle diarie relative alle fasce B e A.
5. Vengono, altresì, stabilite in sede regionale i compensi per i ricoveri di durata inferiore a 24 ore, per i trattamenti in Day-hospital, per i ricoveri computati forfaitariamente, per il servizio di pronto soccorso, per il servizio poliambulatorio, per il servizio di radiologia ed ecografia, per il servizio di endoscopia digestiva, urologia e toracica, per il servizio di fisioterapia riabilitativa, per il funzionamento del reparto di rianimazione, per il servizio di monitoraggio coronarico ed Holter e per i servizi di nuova acquisizione della tecnologia medica quali: tomografia, risonanza magnetica, litotrisia extracorporea renale ed epatica, acceleratore lineare e cobalto terapia, laserterapia, ecodoppler, ipertermiapro statica, angiografia, riferendosi ai criteri che vengono adottati in sede nazionale per la determinazione annuale della retta di degenza per la fascia funzionale C.

#### **Art. 42**

*(Poteri di vigilanza regionale)*

1. La Regione conserva nei confronti di tutte le Case di Cura private, ancorché non convenzionate, il potere di vigilanza, di ispezione e di controllo, per il tramite del competente settore ispettivo dell'Assessorato alla sanità, anche in collaborazione con le componenti Unità Sanitarie Locali.
2. Il controllo deve essere espletato, congiuntamente con la Direzione Sanitaria della Casa di Cura e deve riguardare, oltre all' acquisizione degli elementi di giudizio circa l' osservanza da parte della Casa di Cura del contenimento delle giornate di degenza entro lo stretto limite indispensabile, la vigilanza igienica, la persistenza di requisiti strutturali, di dotazione e funzionalità delle attrezzature e dei servizi, di dotazioni del personale medico e non medico, considerato all'atto di autorizzazione alla apertura ovvero nel l'atto di classificazione o in idonei atti deliberativi successivi.

#### **Art. 43**

*(Diritti dell'ammalato)*

1. Il paziente ricoverato in Case di Cura ha diritto:

- 1) di ricevere un trattamento correlato alla dignità della persona e ad una umana qualità della vita;
- 2) di ricevere un trattamento terapeutico adeguato al caso clinico;
- 3) di ricevere dal medico responsabile del raggruppamento di Unità funzionali tutte le informazioni sulla diagnosi, la prognosi e le terapie relative al suo caso, salvo che la deontologia professionale non imponga il dovere di riservatezza sia per la particolarità del caso clinico, sia per la necessità di ordine terapeutico;
- 4) di individuare il personale medico e non medico addetto al raggruppamento delle Unità funzionali, ove è degente nonché il personale medico e non medico addetto ai servizi di diagnostica strumentale e di laboratorio, mediante cartellini di identificazione personale con nome, cognome e qualifica, dei quali il personale predetto deve essere munito;
- 5) di rivolgere al Direttore Sanitario o al medico responsabile del raggruppamento di Unità funzionali eventuali reclami e di ottenere puntuale risposta;
- 6) di ottenere l'accesso del proprio medico di fiducia in Casa di Cura, in conformità alla norma di cui all'art. 22 del D.P.R. 8/6/1987 n. 289.

#### **Art. 44**

*(Diritti sindacali e accordi collettivi di lavoro)*

1. Tutto il personale dipendente delle Case di Cura private ha il diritto di esercizio delle libertà sindacali in conformità alle norme della legge 20/5 1960 n. 300 (Statuto dei Lavoratori) e delle norme fissate nei Contratti Collettivi di Lavoro siglati in campo nazionale, ovvero raggiunti in sede di contrattazione decentrata regionale.

2. Le Case di Cura private hanno l'obbligo di osservare scrupolosamente, sia per la parte normativa, sia per la parte economica, gli Accordi nazionali e regionali di lavoro per il personale medico, paramedico, ausiliario socio-sanitario ed amministrativo.

3. Eventuali inosservanze, tra le quali può assumere particolare rilievo la parte economica, comunque collegata direttamente con gli Accordi per la determinazione annuale della retta di degenza, possono concordare, a parte ed indipendentemente dei rimedi, che le Organizzazioni Sindacali di categoria ritengono autonomamente di esercitare, adeguati consequenziali provvedimenti di natura amministrativa, non esclusa la sospensione della convenzione da parte della U.S.S.L., che, raccolti tutti i necessari obiettivi documentati elementi di valutazione, dovrà procedere alla contestazione degli addebiti con diffida ad adempiere alla Casa di Cura.

4. Trascorsi inutilmente 15 giorni dalla data della diffida, la U.S.S.L. interesserà la Regione - Assessorato alla Sanità, cui saranno trasmessi i relativi atti per l'autorizzazione all'adozione degli adeguati provvedimenti.

#### **Art. 45**

*(Confort ambientale e prestazioni alberghiere)*

1. Le Case di Cura hanno l'obbligo di comunicare preventivamente agli assistiti l'importo delle tariffe di confort-ambientale e delle prestazioni alberghiere, posto a loro esclusivo carico e concordate con la Regione in sede di recepimento dell'Accordo Nazionale della retta giornaliera omnicomprensiva di degenza.

### **CAPITOLO VI**

**Disposizioni finali e transitorie**

#### **Art. 46**

*(Richiamo legislativo - Edilizia ospedaliera Consiglio Sanitario regionale)*

1. Per quanto non espressamente previsto dalla presente legge si fa riferimento, in quanto applicabili, alle norme vigenti in materia di edilizia ospedaliera.

2. In caso di mancata costituzione del Consiglio Sanitario regionale, di cui all'art. 15 della legge regionale 30/11/1981, n. 18, in sede di attuazione delle norme della presente legge, che espressamente lo richiamano, le relative competenze sono esercitate, in via sostitutiva, dalla Giunta regionale, sentita la Commissione permanente di politica sociale del Consiglio regionale.

#### **Art. 47**

*(Cessazione del rapporto convenzionale Personale dipendente)*

1. Nel caso di cessazione del rapporto convenzionale della Casa di Cura privata, a favore del personale in servizio a rapporto di impiego continuativo, viene riservato il trattamento previsto dalla legge regionale n. 23 del 24/04/ 1985.

2. Eguale trattamento viene riservato nel caso di riduzione di posti letto a seguito di soppressione di unità funzionali convenzionate.

#### **Art. 48**

*(Adeguamento e deroghe)*

1. Non si applicano alle Case di Cura in esercizio alla data di entrata in vigore della presente legge le norme in esse contenute laddove non sia compromessa la funzionalità e l'efficienza delle strutture e dei servizi in relazione alla loro specifica finalità.

2. È fatta salva comunque la condizione di stato in cui si trovano relative agli articoli:

- art. 8 (capacità ricettiva minima);

- art. 10 (area);

- art. 12, II comma (impianti elevatori) III e IV comma (corridoi e scale); comunque le Case di Cura ubicate in edifici a più di un piano debbono essere dotate almeno di un montalettighe;

- art. 14 (camera di degenza), comunque la superficie del pavimento non può essere inferiore a mq. 6 per posto letto.

3. Rimangono ferme tutte le altre prescrizioni contemplate nello stesso articolo

- art. 19 ultimo comma (impianto centralizzato dei gas medicali);

- art. 21 lett. 1 (ultimo comma): dimensioni camera operatoria.

4. La normativa di cui all'art. 29 che attiene ai requisiti strutturali, dimensionali spaziali si riferisce esclusivamente alle Case di Cura di nuova costruzione.

5. Le Case di Cura contemplate nello stesso art. 29 in attività alla data di entrata in vigore della presente legge, dovranno, però, adeguarsi alla rimanente normativa prevista dell'art. in parola e che attiene all'organizzazione dei servizi di diagnosi e cura.

6. Tutte le Case di Cura convenzionate o da convenzionare debbono essere classificate sulla base della norma di cui all'art. 2 del D.M. del 22/07/1983 ed in conformità alle norme di cui alla presente legge, alla quale devono adeguarsi entro il termine di due anni dalla data di entrata in vigore della legge stessa.

#### **Art. 49**

*(Dichiarazione di urgenza)*

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

