

Legge regionale 30 dicembre 1985, n. 68 (BUR n. 55/1985)

AUTORIZZAZIONE E VIGILANZA SULLE CASE DI CURA PRIVATE.

Art. 1 (Oggetto).

Definizione. La presente legge disciplina l'autorizzazione e la vigilanza sulle case di cura private e ne definisce le caratteristiche funzionali minime.

Agli effetti delle presenti norme si considerano case di cura private gli stabilimenti sanitari gestiti da privati, persone fisiche o giuridiche, che provvedono al ricovero, anche in regime di degenza diurna, di cittadini italiani e stranieri a fini diagnostici, curativi o riabilitativi.

La denominazione delle case di cura private deve essere sempre preceduta o seguita dalla specificazione " casa di cura privata ". E' fatto divieto di usare l'aggettivo " internazionale ", nonchè denominazioni o locuzioni atte a ingenerare confusione con strutture sanitarie pubbliche.

Art. 2 - (Tipologia delle Case di cura private)

Le Case di cura private si distinguono in:

a) case di cura polispecialistiche che ricoverano soggetti affetti da malattie pertinenti la medicina generale e/o specialità mediche e la chirurgia generale e/o specialità chirurgiche;

b) case di cura mediche che ricoverano soggetti affetti da malattie pertinenti la medicina generale e/o specialità mediche;

c) case di cura chirurgiche che ricoverano soggetti affetti da malattie pertinenti la chirurgia generale e/o specialità chirurgiche;

d) case di cura a indirizzo particolare che esercitano attività non rientranti fra quelle previste dai precedenti punti a), b) e c) e ricoverano soggetti che abbisognano di cure pertinenti la riabilitazione funzionale, la riabilitazione psico-sociale ecc.

La capacità ricettiva minima per le case di cura private polispecialistiche in n. 75 posti-letto; per le case di cura private mediche, chirurgiche e a indirizzo particolare in n. 40 posti-letto.

Art. 3 - (Autorizzazione)

L'autorizzazione all'apertura, all'ampliamento, alla trasformazione e al trasferimento delle case di cura private è rilasciata con deliberazione della Giunta regionale, previo accertamento del rispetto delle prescrizioni di cui alla presente legge e su parere preventivo della Unità locale socio-sanitaria competente per territorio.

Le case di cura private già autorizzate alla data di entrata in vigore della presente legge, ancorchè non convenzionate, dovranno adeguarsi alle prescrizioni della presente legge entro il termine del 30 giugno 1988.

Art. 4 - (Vigilanza)

La vigilanza sulle case di cura private è esercitata dalle Unità locali

socio-sanitarie, competenti per territorio.

In caso di inadempienze alle prescrizioni della presente legge e alle condizioni inserite nell'atto di autorizzazione, su proposta dell'Unità sanitaria locale socio-sanitaria o del responsabile della struttura regionale competente, il Presidente della Giunta regionale diffida la casa di cura privata a eliminarle entro un congruo termine tassativo; trascorso inutilmente detto termine, ordina la chiusura della casa di cura privata, fino a quando non vengano rimosse le cause che hanno determinato il provvedimento.

Nel caso vengano meno i requisiti essenziali (igienico-edilizi, di dotazione strumentale, di personale) che compromettano l'erogazione di prestazioni assistenziali della casa di cura privata, il Presidente della Giunta regionale, nell'atto di diffida, ne dispone la chiusura temporanea, totale o parziale.

Nel caso di reiterate infrazioni, il Presidente della Giunta regionale, su proposta del responsabile della struttura regionale competente, può revocare l'autorizzazione all'apertura.

Art. 5 - (Progettazione)

Ai fini del rilascio dell'autorizzazione di cui al precedente art. 3, il progetto per la costruzione, l'ampliamento, la trasformazione o il trasferimento di case di cura private, redatto da un ingegnere o architetto, deve essere approvato - fatta salva l'osservanza delle norme edilizie comunali - dal Segretario regionale competente, sentita la Commissione tecnica regionale (sezione opere pubbliche). Il progetto deve essere corredato 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 dell'area stessa e le sue caratteristiche;
- b) le modalità di utilizzazione dell'area;
- c) il tipo di attività a cui la casa di cura privata è destinata;
- d) il numero e l'aggregazione degli edifici, i criteri di distribuzione e di destinazione dei locali e le loro caratteristiche;
- e) la capacità ricettiva complessiva e delle singole unità di degenza;
- f) le caratteristiche degli impianti sanitari e tecnologici, compresi i sistemi di approvvigionamento idrico, di alimentazione elettrica, di smaltimento dei reflui e dei rifiuti solidi.

Art. 6 - (Requisiti minimi)

Per le case di cura private, costituiscono requisiti minimi igienico-edilizi e funzionali:

- a) uno o più edifici destinati esclusivamente all'attività sanitaria;
- b) una congrua dotazione idrica giornaliera che garantisca il soddisfacimento di tutte le esigenze della casa di cura privata, comprese quelle di riserva idrica e antincendio;
- c) camere di degenza a illuminazione naturale, con non più di

cinque posti-letto:

- con una superficie per posto letto non inferiore a mq. 6 per le camere di degenza multiple; non inferiore a mq. 10, per le camere di degenza singole;

- con una temperatura non inferiore ai 20 C.. In ogni camera di degenza deve essere installata e funzionante l'opportuna illuminazione notturna generale e per singolo posto-letto. Accanto a ogni letto devono trovarsi una presa di corrente e un dispositivo per attivare un sistema acustico-luminoso per la chiamata del personale;

d) un servizio igienico ogni cinque posti-letto (composto da tazza, lavabo, bidet, questi ultimi due ad acqua calda e fredda con miscelatore) e un bagno clinico ogni 30 posti-letto. Dal computo dei servizi igienici come sopra determinati debbono essere esclusi quelli riservati al personale e al pubblico;

e) una stanza per il medico di guardia;

f) locali di attesa per i visitatori;

g) un idoneo locale con apposito ambulatorio per l'accettazione sanitaria e un locale per l'accettazione amministrativa;

h) idonei locali per la direzione sanitaria e per quella amministrativa;

i) adeguati impianti elevatori, tenuto conto, distintamente, dei percorsi per il pubblico, l'urgenza, il pulito e lo sporco;

l) spogliatoio per il personale, adeguati al numero dei dipendenti e non promiscuo;

m) attrezzatura radiodiagnostica costituita almeno da un apparecchio fisso fino a 150 posti-letto e da almeno due per un numero maggiore di posti-letto maggiore. Per le case di cura che ricoverano malati chirurgici è inoltre obbligatorio un apparecchio portatile con amplificatore di brillantezza; mentre per quelle che ricoverano esclusivamente malati neurologici sono sufficienti un apparecchio portatile per radiodiagnostica e un elettroencefalografo;

n) laboratorio di analisi, secondo la normativa regionale vigente, comunque in grado di effettuare gli esami connessi alla specifica attività clinica esercitata;

o) emoteca avente le caratteristiche prescritte dalla legge 14 luglio 1967, n. 592 e dal regolamento di esecuzione 24 agosto 1971, n. 1256 e cioè frigorifero dotato di termoregistratore e dispositivo di allarme visivo e acustico. Deve essere segnalato il centro trasfusionale convenzionato;

p) un armadio farmaceutico;

q) per ogni raggruppamento di "unità funzionali":

- locale per visita e medicazione, che eventualmente può essere sostitutivo della "medicheria" per malati chirurgici;

- locale di lavoro per il personale infermieristico;

- locale per la distribuzione del vitto, con cucinetta;

- sala soggiorno;

- locale per il personale di assistenza, con relativi servizi igienici;
- medicheria per malati chirurgici;
- r) stanze riservate al personale medico;
- s) per i ricoveri di malati chirurgici:
 - 1 gruppo operatorio composto da n. 2 sale operatorie per i primi 100 posti-letto chirurgici, con un' altra sala operatoria, per ogni 50 posti-letto ulteriori, munite di illuminazione a lampada scialitica;
 - una sala per preparazione e rianimazione dei malati;
 - una sala per la preparazione dei chirurghi e del personale;
 - un locale di sterilizzazione o comunque di substerilizzazione;
 - apparecchi per anestesia a circuito chiuso in relazione ai tavoli operatori.

Nelle " unità funzionali " di ostetricia e ginecologia i posti-letto complessivi, ai fini della determinazione del numero delle sale operatorie e delle sale per parto, vanno ripartiti proporzionalmente;

- t) per i ricoveri di ostetricia:
 - una sala parto ogni 50 posti-letto;
 - 2 sale travaglio ogni 50 posti letto;
 - un locale per la preparazione del personale;
 - un locale, con attrezzature idonee, comprensivo di culla termostatica, per l'assistenza ai neonati;inoltre è necessaria la seguente attrezzatura:
 - un amnioscopio;
 - un ecografo;
 - un apparecchio di anestesia specifico in sala parto, con rianimazione neonatale;
 - un lettino termico con aspiratore, erogatore di ossigeno e aria compressa;
 - un respiratore automatico;
 - due termo-culle portatili con dispositivo per respirazione assistita;

va inoltre assicurata la disponibilità di un pediatra con obbligo di:

- pronta reperibilità;
- visita del neonato comunque entro le prime 12 ore dalla nascita;
- tenuta della scheda neonatale e regolare compilazione della cartella clinica del neonato;

u) attrezzatura e strumentario adeguati, in rapporto alla specifica attività esercitata, con l'obbligo, comunque, di possedere:

- elettrocardiografo;
- locali per svaghi, lactarium, idonee misure protettive anti-infortunistiche e separazione tra divezzi e lattanti per la specialità di pediatria;
- attrezzatura per la rianimazione neonatale qualora coesista una " unità funzionale " di pediatria con una di ostetricia;
- sala gessi per la specialità di ortopedia e 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 per quella di otorinolaringoiatria;

- ogni altra attrezzatura e strumentazione indispensabile allo svolgimento delle specifiche attività esercitate;

v) locali per l'isolamento temporaneo degli ammalati affetti da forme diffuse, dotati di servizi igienici autonomi e di filtro.

Art. 7 - (Impianti di distribuzione dei gas medicinali)

Le case di cura private devono essere dotate di un impianto centralizzato per la distribuzione di gas medicali nel gruppo operatorio, nelle sale parto, di medicazione e nelle aree di degenza, installato secondo la normativa vigente.

Art. 8 - (Protezione delle radiazioni ionizzanti)

Per l'impiego di apparecchi e di sostanze che possono generare radiazioni ionizzanti, si devono adottare i provvedimenti costruttivi necessari per la protezione sanitaria dei degenti e del personale. Si osservano le prescrizioni di legge con particolare riguardo al DPR 13 febbraio 1964, n. 185.

Art. 9 - (Condizioni microclimatiche particolari)

Nei settori destinati a specifiche attività terapeutiche (sale operatorie, da parto, di degenza degli immaturi, di rianimazione, di terapie intensive ecc.) è prescritta l'adozione di impianti di condizionamento dell'aria senza ricircolazione.

Art. 10 - (Impianti elettrici)

Le case di cura private devono essere dotate di un impianto elettrico conforme alle norme CEI e munito di dispositivo e impianti di sicurezza e di emergenza, atti a garantire, in caso di interruzione della alimentazione elettrica esterna, l'automatica e immediata disponibilità di energia elettrica adeguata ad assicurare il funzionamento delle attrezzature e dei servizi, che non possono rimanere inattivi neppure per brevissimo tempo (complessi operatori, sale da parto, rianimazione, terapia intensiva, reparto immaturi, emoteca) nonchè un minimo di illuminazione negli altri ambienti comuni.

Art. 11 - (Smaltimento dei rifiuti solidi)

Il direttore sanitario della casa di cura privata provvede a che i rifiuti solidi che costituiscono pericolo di infezione (bende, piccoli pezzi anatomici ecc.) siano inceneriti in un forno autorizzato, anche nell'ambito della stessa casa di cura privata.

Per quanto riguarda le caratteristiche dei camini, e in genere dei forni di incenerimento, gli impianti devono essere conformi alle prescrizioni della legge 13 Luglio 1966, n. 615 e del suo regolamento di esecuzione, approvato con DPR 22 dicembre 1970, n. 1391 e della normativa regionale in materia di ecologia.

I rifiuti solidi o assimilabili ai rifiuti urbani che non costituiscono

pericolo di infenzione sono smaltiti a cura del competente servizio comunale.

La raccolta dei rifiuti deve essere effettuata a mezzo di contenitori a perdere.

Art. 12 - (Smaltimento dei rifiuti liquidi)

I liquami devono essere convogliati in una fognatura idonea che può essere collegata con la fognatura cittadina.

In difetto di questa, o quando essa non dia garanzie per un appropriato smaltimento, i liquami devono essere convogliati in apposito impianto di depurazione approvato dalla competente autorità sanitaria, la quale, può disporre che i liquami stessi siano sottoposti a procedimenti di disinfezione prima di essere immessi nella rete urbana o in un corso d' acqua.

Art. 13 - (Smaltimento dei rifiuti radioattivi)

I metodi di smaltimento dei rifiuti radioattivi devono essere preventivamente approvati dai competenti organi regionali, ai sensi dell'art. 13 del DPR 14 gennaio 1972, n. 4 e in conformità del DPR 13 febbraio 1964, n. 185.

Art. 14 - (Servizi generali)

Le case di cura privata devono essere dotate di adeguati locali e attrezzature destinati a:

- cucina, anche per la preparazione di diete particolari;
- dispensa;
- impianto frigorifero per la conservazione degli alimenti;
- lavanderia e guardaroba;
- disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione.

La valutazione della adeguatezza dei locali va fatta tenendo conto anche dei "percorsi".

Inoltre, per quanto concerne il servizio di lavanderia, sono indispensabili:

- linee separate ed esclusive consistenti in lavaggio, trattamento con mangano, essiccatoio, pressa a deposito riservato alla biancheria pulita;
- mezzo di trasporto chiuso e disinfettabile esclusivamente utilizzato per il materiale sporco;
- sistema di raccolta con sacchi a perdere racchiusi in contenitori disinfettabili.

Sono ammessi contratti esterni per le forniture dei pasti e le prestazioni di lavanderia. Peraltro i contratti con lavanderie esterne debbono essere limitati alla "biancheria comune", con esclusione di quella infetta o sospetta.

Il requisito relativo alla disinfestazione è ritenuto sussistente anche allorquando la casa di cura, non disponendo di idonea attrezzatura, dimostri di provvedere adeguatamente al servizio attraverso contratti di appalto.

Le case di cura private devono inoltre essere dotate di un servizio mortuario e assicurare un servizio di assistenza religiosa per i

ricoverati che la richiedano.

Art. 15 - (Altri servizi)

Altri servizi delle case di cura private sono:

- 1) la direzione sanitaria;
- 2) i servizi di diagnosi, cura e degenza;
- 3) i servizi amministrativi.

Art. 16 - (Organizzazione dei servizi di diagnosi e cura)

Ogni casa di cura privata deve essere articolata in "unità funzionali", con almeno un raggruppamento di due o più unità funzionali per discipline omogenee, mediche o chirurgiche, sino a un massimo di 100 posti-letto, per quelle di cui alle lett. a), b) e c) del precedente art 2; e sino a un massimo di 120 posti-letto, per quelle di cui alla lett. d) dello stesso art. 2.

Il raggruppamento è solo a indirizzo medico o solo a indirizzo chirurgico.

Ogni raggruppamento medico o chirurgico è costituito rispettivamente da due o più unità funzionali di medicina generale o di chirurgia generale oppure di medicina generale o chirurgia generale più specialità mediche o chirurgiche, ovvero da sole specialità mediche o chirurgiche.

Le "unità funzionali" sono costituite nel seguente modo:

- medicina generale e chirurgia generale con non meno di 20 e non più di 30 posti-letto;
- specialità mediche (pediatria, cardiologia, dermatologia, ematologia, neurologia, nefrologia, pneumologia, geriatria, lungodegenza, oncologia medica ecc) con non meno di 15 e non più di 30 posti-letto;
- specialità chirurgiche (ostetricia, ginecologia, ortopedia e traumatologia, otorinolaringoiatria, urologia, oculistica, ecc.) con non meno di 15 e non più di 30 posti-letto;
- specialità mediche e chirurgiche, se aggregate rispettivamente ad altra "unità funzionale" di medicina generale, di chirurgia generale, o di specialità medica o chirurgica con non meno di 10 e non più di 30 posti-letto.

Deve inoltre essere prevista:

- la guardia medica permanente (24 ore su 24) e interna alla casa di cura. La reperibilità non può essere sostitutiva della guardia medica. La guardia medica può essere assicurata anche dai medici delle "unità funzionali" e deve risultare documentato il nominativo dei medici di turno.

Art. 17 - (Personale medico)

Il personale medico delle case di cura private deve espletare la propria attività con rapporto di lavoro subordinato, a tempo pieno o a tempo definito, secondo i contratti collettivi nazionali di lavoro di categoria; in alternativa, con rapporto di lavoro autonomo di collaborazione professionale in forma continuativa e coordinata secondo gli accordi collettivi nazionali di categoria; o, infine, con

rapporto di lavoro libero - professionista.

Il personale medico di cui al precedente comma non può comunque avere un impegno orario settimanale inferiore a quello prescritto per il tempo definito.

Le ore di servizio comunque prestate per altre attività non altrimenti documentabili o accertabili, in particolare quelle rese in adempimento dell'attività in regime convenzionale, dovranno risultare da attestati di notorietà.

In tutte le case di cura deve essere previsto personale medico almeno nelle seguenti proporzioni:

- un medico dirigente responsabile e un medico con funzioni di aiuto per ciascun raggruppamento di unità funzionali;
- un medico con funzioni di assistente per ogni unità funzionale.

Il regolamento interno della casa di cura privata deve indicare le attribuzioni, i compiti e le responsabilità di ciascun medico, l'orario di lavoro individuale nonché i turni di servizio, la reperibilità e la pronta disponibilità.

Art. 18 - (Qualificazione del personale medico)

Ogni raggruppamento di "unità funzionale", deve avere un medico responsabile, il quale deve essere in possesso dei seguenti requisiti:

- anzianità di laurea di almeno 10 anni;
- libera docenza o specializzazione nella disciplina dell'"unità funzionale" che nel raggruppamento ha il maggior numero di posti-letto o, in caso di parità, nella disciplina che costituisce l'indirizzo prevalente del raggruppamento o nella disciplina generale che lo comprende.

I medici che, alla data di entrata in vigore della presente legge, svolgono le funzioni di medico responsabile presso case di cura private devono possedere almeno uno dei requisiti di cui al comma precedente.

Ogni raggruppamento di "unità funzionali" deve avere un medico aiuto o due nel caso di raggruppamenti che contino il massimo consentito di posti-letto, il quale deve essere in possesso dei seguenti requisiti:

- anzianità di laurea di almeno 6 anni;
- libera docenza o specializzazione nella disciplina dell'"unità funzionale" che nel raggruppamento ha il maggior numero di posti-letto o, in caso di parità, nella disciplina che costituisce l'indirizzo prevalente del raggruppamento o nella disciplina generale che lo comprende.

I medici che, alla data di entrata in vigore della presente legge, svolgono le funzioni di medico aiuto presso le case di cura private, devono possedere almeno uno dei requisiti di cui al comma precedente.

Ogni "unità funzionale" deve avere un medico assistente.

Nel caso di esercizio di più specialità mediche o chirurgiche, qualora il medico responsabile o l'aiuto non siano in possesso, oltre che dei

rispettivi titoli accademici, anche di quelli relativi alle singole specialità cui sovrintendono, è obbligatorio che il medico assistente sia in possesso della libera docenza o della specializzazione nella specialità esercitata nell' "unità funzionale" cui è assegnato.

Art. 19 - (Personale medico del servizio di analisi)

Le case di cura con oltre 150 posti-letto devono avere un medico dirigente del laboratorio di analisi in possesso di uno dei seguenti requisiti:

- libera docenza o specializzazione in microbiologia, igiene, analisi cliniche di laboratorio, anatomia e istologia patologica, chimica biologica, parassitologia, patologia generale o altre specializzazioni previste dalla normativa vigente.

Il medico dirigente del laboratorio di analisi non può svolgere altra attività nell'ambito della casa di cura.

Le case di cura con un numero di posti-letto fino a 150 devono avere un medico responsabile del laboratorio di analisi in possesso di uno degli stessi requisiti di cui al primo comma del presente articolo

Il medico responsabile del laboratorio di analisi può essere anche un medico di raggruppamento della casa di cura.

Art. 20 - (Personale medico del servizio di radiodiagnostica)

Le case di cura con più di 150 posti-letto devono avere un medico dirigente del servizio di radiodiagnostica in possesso del titolo di libera docenza o di specializzazione in radiologia medica.

La responsabilità del servizio di radiodiagnostica delle case di cura private fino a 150 posti-letto può essere affidata a un medico di raggruppamento purchè, in possesso del titolo di libera docenza o di specializzazione in radiologia medica.

Art. 21 - (Personale medico del servizio di anestesia e rianimazione)

Le case di cura con malati chirurgici devono avere un anestesista, in possesso della relativa specializzazione e con obbligo della pronta disponibilità, ogni 60 posti-letto.

Un secondo anestesista è necessario dal 61.mo posto-letto chirurgico, il terzo anestesista a partire dal 121.mo posto-letto chirurgico e così via.

Debbono essere documentate, in ogni caso, la pronta reperibilità nonché le sostituzioni per ferie, malattie e altri motivi.

Art. 22 - (Personale sanitario ausiliario, tecnico esecutivo e amministrativo)

La casa di cura deve avere la seguente dotazione di personale sanitario ausiliario:

- a) almeno un infermiere capo-sala ogni 60 posti-letto. Le mansioni di infermiere capo-sala possono essere temporaneamente assolte da un infermiere professionale;
- b) almeno un' ostetrica capo-sala ogni 60 posti-letto ostetrici;
- c) almeno un infermiere professionale ogni 20 posti-letto per ciascuno dei due turni diurni;

d) almeno un' ostetrica ogni 20 posti-letto ostetrici, per ciascuno dei due turni;

e) almeno un ausiliario socio-sanitario ogni 20 posti-letto, per ciascuno dei due turni diurni;

f) una puericultrice ogni unità funzionale di ostetricia. Le mansioni di puericultrice possono essere affidate anche a infermieri professionali o a vigilatrici di infanzia.

g) terapisti della riabilitazione e massofisioterapisti, per le case di cura che praticano attività riabilitativa, il cui numero, tale da soddisfare le necessità assistenziali, viene fissato nell'atto di autorizzazione della Giunta regionale;

h) un numero di infermieri professionali, ostetriche e ausiliari socio - sanitari per il servizio notturno, nel rapporto di almeno un terzo di quello previsto nei precedenti punti c), d) ed e);

i) almeno un tecnico di radiologia con rapporto di lavoro subordinato, eccettuate le case di cura che svolgono attività riabilitativa o neurologica;

l) almeno un tecnico di laboratorio con rapporti di lavoro subordinato, eccettuate le case di cura che svolgono attività riabilitativa o neurologica.

Art. 23 - (Direzione sanitaria)

Ogni casa di cura privata deve avere un direttore sanitario responsabile dell'organizzazione tecnico-sanitaria sotto il profilo igienico e organizzativo nei confronti dell'amministrazione e dell'autorità sanitaria competente.

In caso di sua assenza o impedimento temporanei, la casa di cura privata è tenuta a designare tempestivamente un medico che sostituisca nelle funzioni il direttore sanitario responsabile.

Al direttore sanitario di una casa di cura privata di oltre 150 posti-letto è vietata ogni attività di diagnosi e cura.

Non è consentito svolgere le funzioni di direttore sanitario responsabile in più di una casa di cura privata con 100 o più posti-letto, ovvero in più di due quando ciascuna di esse sia dotata di un numero di posti-letto inferiore a 100.

La funzione di direttore sanitario è incompatibile con la qualità di proprietario, socio o azionista della casa di cura privata.

Art. 24 - (Requisiti del direttore sanitario)

I requisiti per l'esercizio delle funzioni di direttore sanitario di casa di cura privata, dotata di oltre 150 posti-letto, sono quelli previsti dall'art. 39 del decreto del Ministero della Sanità del 5 agosto 1977.

I requisiti per l'esercizio delle funzioni di direttore sanitario di casa di cura privata di non oltre 150 posti-letto, al quale non è vietata attività di diagnosi e cura nella casa di cura stessa, sono quelli previsti dall'art. 40 del decreto del Ministero della Sanità del 5 agosto 1977.

Sono applicabili le equiparazioni delle qualifiche e dei livelli funzionali, di cui agli allegati 1 e 2 del decreto del Presidente della

Repubblica, 20 dicembre 1979 n. 761.

I medici che alla data del 30 giugno 1985 svolgono le funzioni di direttore sanitario di casa di cura privata, ai sensi del decreto del Ministero della Sanità del 30 giugno 1975, hanno facoltà di continuare nell'esercizio di tali funzioni, ancorchè sprovvisti dei requisiti di cui ai precedenti commi.

Art. 25 - (Attribuzioni del direttore sanitario)

Il direttore sanitario della casa di cura privata, oltre ad assolvere i compiti previsti dalla normativa in materia sanitaria, ha le seguenti funzioni e attribuzioni:

- cura l'applicazione del regolamento sull'ordinamento e sul funzionamento della casa di cura, proponendone le eventuali variazioni;
- controlla la regolare tenuta e l'aggiornamento di un apposito registro contenente i dati anagrafici e gli estremi dei titoli professionali del personale addetto ai servizi sanitari;
- trasmette annualmente all'Assessorato alla Sanità della Regione e all'Unità locale socio sanitaria competente per territorio l'elenco del personale addetto ai servizi sanitari ed, entro 20 giorni, le eventuali variazioni;
- vigila sulla regolare compilazione e tenuta del registro dei parti e delle interruzioni di gravidanza, del registro degli interventi chirurgici e dell'archivio clinico;
- cura la tempestiva trasmissione all'ISTAT e alla autorità sanitaria dei dati e delle informazioni richieste;
- stabilisce, in rapporto alle esigenze dei servizi, l'impiego, la destinazione, i turni e i congedi del personale 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 personale addetto ai servizi sanitari, proponendo all'amministrazione se del caso i provvedimenti disciplinari;
- propone all'amministrazione, d'intesa con i responsabili dei servizi, l'acquisto di apparecchi, attrezzature e arredi sanitari ed esprime il proprio parere in ordine a 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, disinfezione, condizionamento dell'aria, della cucina e della lavanderia (o dei relativi contratti con ditte esterne), 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 dei 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 e infermieristica;
- vigila sulla corretta applicazione delle normative vigenti in materia sanitaria.

Art. 26 - (Diritti del paziente ricoverato)

Il paziente ricoverato in casa di cura ha diritto:

a) di ricevere un trattamento che, per metodi di accoglienza e livello di prestazioni, sia rispettoso della libertà e della dignità della persona e adeguato alle esigenze sanitarie del caso;

b) di ottenere dal medico responsabile del raggruppamento di "unità funzionali" informazioni chiare e complete sugli accertamenti diagnostici, sulla prognosi e sulle terapie adottate, fatti salvi i casi in cui necessita terapeutiche o regole di deontologia professionale impongano il dovere di riservatezza;

c) di individuare il personale medico e non medico sia quello addetto al raggruppamento di "unità funzionali" nel quale è degente, sia quello addetto ai servizi sanitari dove si svolgono gli accertamenti di diagnostica strumentale o di laboratorio, mediante cartellini di identificazione con nome, cognome e qualifica dei quali il predetto personale deve essere munito;

d) di rivolgere al direttore sanitario o al medico responsabile del raggruppamento eventuali doglianze o reclami, e di ottenere puntuale risposta.

Art. 27 - (Riconoscimento dei presidi)

La Giunta regionale riconosce quali presidi dell'Unità locale socio-sanitaria, nel cui territorio sono ubicati e su parere preventivo dell'Unità locale socio-sanitaria competente, gli istituti, enti e ospedali di cui all'art. 41, primo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, che non abbiano ottenuto la classificazione ai sensi della legge 12 febbraio 1968, n. 132, e le istituzioni sanitarie a carattere privato a condizione che:

a) siano individuati nel Piano socio-sanitario regionale con ruolo integrativo dell'assistenza ospedaliera pubblica, essendo ubicati in zone che presentano una reale necessità sotto il profilo demografico o territoriale;

b) abbiano un ordinamento dei servizi corrispondente a quello degli ospedali gestiti direttamente dall'Unità locale socio-sanitaria;

c) assicurino livelli di prestazioni non inferiori a quelle erogate dai corrispondenti presidi e servizi dell'Unità locale socio-sanitaria.

Entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le istituzioni sanitarie di cui al precedente comma possono inoltrare domanda al Presidente della Giunta regionale per essere riconosciute presidi dalla Unità locale socio-sanitaria.

I rapporti delle istituzioni sanitarie riconosciute presidi con le Unità locali socio-sanitarie di competenza, sono regolati da convenzioni stipulate in conformità dello schema tipo previsto dall'art. 43, terzo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Art. 28 - (Dichiarazioni d'urgenza)

La presente legge è dichiarata urgente, ai sensi dello art. 44 dello Statuto ed entra in vigore il giorno della sua pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Veneto.