

CONSIGLIO REGIONALE PUGLIA
Atti Consiglio n. 373/A III^a Legislatura

" DISCIPLINA CONCERNENTE LE CASE DI CURA PRIVATE"

Approvato dalla Giunta Regionale nella seduta del 23/1/1984

REGIONE PUGLIA

Disegno di legge regionale "Disciplina concernente le case di cura private"

1. Il 26 aprile 1983 la Giunta regionale ha deliberato la trasmissione al Consiglio regionale un disegno di legge regionale: "Norme transitorie in materia di assistenza ospedaliera presso case di cura private, in forma indiretta e sull'attività libero professionale dei medici dipendenti del servizio sanitario".

In sede di esame del detto disegno di legge la Commissione consiliare competente ha rilevato l'opportunità che la legge regionale disciplinante il settore delle case di cura private si richiami con maggiore aderenza alla normativa proposta, per i requisiti strutturali e organizzativi, dal decreto del Ministro della Sanità del 5 agosto 1977, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 31/8/1977, decreto richiamato dall'ultimo comma dell'art. 43 della legge 23/12/1978 n.833, istitutiva del servizio sanitario.

Si ritiene opportuna la segnalazione.

Pertanto, in sostituzione del precedente disegno di legge regionale, si propone un testo, peraltro più chiaro, che formula esplicito rinvio ai requisiti strutturali e organizzativi previsti nel citato decreto ministeriale.

Rimangono peraltro ferme le scelte di fondo circa il personale e la classificazione, già effettuate nel precedente disegno di legge, scelte che si ritengono qualificate.

2. Il precedente disegno di legge prevedeva una nuova disciplina per il settore assistenza ospedaliera a rimborso, indiretta e presso centri altamente specializzati, oltre che dell'attività libero-professionale dei sanitari nei presidi pubblici.

Il nuovo disegno di legge non riporta la disciplina dei due aspetti:

a) Per il primo l'intervenuta norma di cui al 4° comma dell'art.27 della legge 730 del 27/12/1983 (legge finanziaria 1984), che consente alle Regioni gestione diretta di settori per cui si appalesi convenienza economica e rilevanza regionale, consiglia di soprassedere alla proposta disciplina per un ripensamento. Infatti, in particolare l'assistenza presso centri altamente specializzati, per la sua delicata funzione, abbisogna di un orientamento e soprattutto di un comportamento uniforme a livello regionale.

Del resto, recentemente il Consiglio ha provveduto a modificare la normativa, stabilendo la composizione del collegio con sanitari in servizio presso la Regione (art.5 legge regionale 7/1/1984 n.2).

b) Per il secondo aspetto, al di là dell'affermazione di principio - peraltro non necessaria in sede legislativa regionale, essendo il diritto riconosciuto dalla normativa statale - occorre rivedere la questione di possibilità concreta di attuazione più giustamente in sede di riordino dei servizi ospedalieri.



DISEGNO DI LEGGE REGIONALE

"DISCIPLINA CONCERNENTE LE CASE DI CURA PRIVATE"

TITOLO I - Case di cura private

CAPO I

Definizione - Tipologia - Autorizzazione

Art. 1 - Definizione

Agli effetti delle norme della presente legge sono case di cura private gli stabilimenti sanitari gestiti da privati, persone fisiche o giuridiche, che provvedono al ricovero ai fini diagnostici, curativi o riabilitativi.-

Art. 2 - Tipologia e disciplina

Le case di cura private si distinguono in:

- a) medico-chirurgiche generali, che ricoverano ammalati di forme morbose pertinenti alla medicina generale, alla chirurgia generale ed a specialità mediche e chirurgiche;
- b) mediche, che ricoverano ammalati di forme morbose pertinenti alla medicina generale ed a specialità mediche;
- c) chirurgiche, che ricoverano ammalati di forme morbose pertinenti alla chirurgia generale ed a specialità chirurgiche;
- d) polispecialistiche, che ricoverano ammalati di forme morbose pertinenti a due o più specialità mediche o chirurgiche oltre la medicina generale o la chirurgia generale;
- e) monospecialistiche, che ricoverano ammalati di forme morbose pertinenti ad una sola specialità medica o chirurgica;
- f) ad indirizzo specifico, che ricoverano ammalati di forme morbose pertinenti ad una specifica specialità, quali neuropsichiatria, riabilitazione funzionale e simili.

Le norme di cui alla presente legge si applicano a tutte le case di cura private, salvo quanto previsto specificatamente per taluni tipi di esse.-

Art. 3 - Capacità ricettiva

Ogni casa di cura privata deve constare di uno o più edifici ad uso esclusivo ed avere una capacità ricettiva minima non inferiore a cinquanta posti letto, ~~x~~ salvo che per le case di cura private monospécialistiche, che possono essere dotate di un numero di posti letto non inferiore a trenta.

Le case di cura private costituite da più edifici de vono avere una capacità ricettiva minima presso ciascu no di essi non inferiore a cinquanta posti letto.

Per quanto riguarda le norme costruttive, la orga nizzazione, la dotazione strutturale e strumentale e la dotazione di personale ogni edificio è ritenuto casa di cura autonoma. Peraltro le case di cura priva te articolate in più edifici possono istituire unita- riamente la direzione sanitaria ed i servizi di radio diagnostica, laboratorio di analisi, di anestesia, di farmacia, di magazzino e di lavanderia, salva la pre- senza in ogni edificio di apparecchiatura congrua e di personale idoneo per il funzionamento secondo le esigenze operative in ciascun edificio per i servizi sanitari e di armadio farmaceutico, deposito e dispen sa nonché guardaroba per gli altri servizi.

Il provvedimento di autorizzazione riporta le pre- scrizioni opportune perchè il complesso di edifici di una stessa casa di cura conservi piena funzionalità e collegamenti funzionali.-

(segue art. 3)

Le prescrizioni possono consentire il medico responsabile unico quando due edifici costituiscono un unico raggruppamento.

Art. 4 - Denominazione

La denominazione delle case di cura private deve essere sempre preceduta o seguita dalla indicazione "casa di cura privata". E' fatto divieto di usare frasi o denominazioni atte a ingenerare confusione con gli ospedali o cliniche universitarie.-

Art. 5 - Istanze per l' autorizzazione

Chiunque intenda aprire, ampliare o trasformare una casa di cura privata deve nella domanda di autorizzazione indirizzata al Presidente della Regione, dichiarare la natura dell' attività sanitaria che in essa deve essere svolta ed il possesso di tutti i requisiti di cui alla presente legge.

Alla domanda devono essere allegati:

- la planimetria dei locali con l' indicazione della loro destinazione di uso nonché i progetti di costruzione approvati anche dal servizio di igiene pubblica dell' unità sanitaria locale competente per territorio;
- il regolamento sull' ordinamento e sul funzionamento della casa di cura;
- l' autorizzazione rilasciata dal sindaco ai sensi dell' art.221 del Testo Unico delle Leggi sanitarie approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n.1265;
- ogni altro documento atto a comprovare il possesso dei requisiti.-

Art. 6 - Autorizzazione

Nessuno può aprire, trasformare o tenere in esercizio case di cura private senza autorizzazione.

L' autorizzazione è strettamente personale e non può essere sotto qualsiasi forma e ad alcun titolo ceduta, ancorchè si tratti dell' esercizio di singole attività ambulatoriali di diagnosi e cura.

E' vietato, altresì, cedere a qualsiasi titolo locali compresi nella planimetria depositata all' atto della richiesta di autorizzazione.

Gli eredi dell' autorizzatario hanno diritto di continuare provvisoriamente l' esercizio della casa di cura privata per un periodo non superiore a npvanta giorni dal decesso del titolare. Entro lo stesso periodo possono alienare l' azienda.

Il subentrante nella titolarità dell' azienda può presentare domanda per il rilascio dell' autorizzazione a gestire la casa di cura entro trenta giorni dall' acquisto dell' azienda secondo le norme di cui alla presente legge.

Spetta al Presidente della Giunta Regionale, su conforme deliberazione della stessa, l' adozione dei proyvedimenti di autorizzazione, sospensione, revoca e chiusura delle case di cura private nei casi previsti dalla presente legge.

(segue art. 6)

Per l' istruttoria dei provvedimenti di cui al precedente comma, il Presidente della Giunta Regionale può avvalersi, oltre che degli uffici regionali, dei competenti servizi delle unità sanitarie locali ove è ubicata la casa di cura.

L' autorizzazione deve contenere indicazioni in ordine alla denominazione della casa di cura, alla tipologia, alla classificazione, all' articolazione ed alla precisa denominazione dei servizi di diagnosi e cura, con i relativi posti letto, ed all' organizzazione degli stessi, alla dotazione del personale, ai requisiti igienico-edilizi ed ai requisiti atti a dimostrare l' idoneità a garantire le attività di urgenza.

La continuità del possesso dei requisiti delle case di cura private autorizzate è accertata periodicamente, anche ai fini dell' eventuale revisione della classificazione.-

Art. 7 - Sanzioni

In caso di apertura o esercizio di una casa di cura privata senza autorizzazione ne viene disposta la chiusura.

In caso di violazione alle ~~no~~me della presente legge o alle condizioni apposte sul provvedimento di autorizzazione ovvero di disfunzioni assistenziali che possono essere eliminate mediante opportuni e idonei interventi, la casa di cura privata può essere diffidata a provvedere entro il termine stabilito nell'atto di diffida. Trascorso inutilmente dette termine, o immediatamente qualora sia necessario provvedere d' urgenza, è disposta la chiusura temporanea della casa di cura o la sospensione dell'attività che ha dato luogo ai rilievi, fino a quando non vengano rimosse le cause che hanno determinato il provvedimento. La riapertura della casa di cura dovrà essere appositamente autorizzata.

Viene disposta la revoca dell' autorizzazione in caso di ripetuta infrazione alle norme della presente legge o alle condizioni apposte nel provvedimento di autorizzazione o di ripetute gravi disfunzioni assistenziali.-

Art. 8 - Vigilanza

La vigilanza e il controllo sulle case di cura private sono esercitate dalla Regione, che può avvalersi dei servizi delle unità sanitarie locali.-

CAPO II

Norme costruttive e requisiti tecnico-sanitari

Art. 9 - Norme costruttive.

Per quanto riguarda la progettazione delle case di cu
ra private, l'area, l'approvvigionamento idrico, lo
smaltimento dei rifiuti solidi, liquidi e radioattivi,
le caratteristiche costruttive ed i requisiti delle ca_
mere di degenza, le condizioni microclimatiche, gli im
pianti elettrici, idrico-sanitari e di distribuzione
dei gas medicali nonchè la protezione dalle radiazio-
ni ionizzanti, vigono le norme di cui agli articoli
dal 4 al 15 del Decreto del Ministro per la Sanità del
5 agosto 1977, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale nu
mero 236 del 31 agosto 1977.

Art. 10 - Requisiti tecnico-sanitari.

Per quanto riguarda i requisiti generali delle case di cura private, la direzione sanitaria, i servizi di diagnosi e cura e di pronto soccorso, le unità di degenza, la compilazione e tenuta delle cartelle cliniche ed i servizi generali, vigono le norme di cui agli articoli dal 16 al 25 del Decreto del Ministro per la Sanità del 5 agosto 1977, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale numero 236 del 31 agosto 1977, intendendosi sostituiti gli uffici regionali a quelli dei medici provinciali.

Il piano sanitario regionale ovvero provvedimenti regionali a stralcio dello stesso possono richiedere l'istituzione presso le case di cura private convenzionate servizi ambulatoriali e di pronto soccorso, coordinati con gli altri presidi sanitari locali.

Le unità di degenza non possono avere un numero di posti-letto inferiore a 25 per la medicina generale e la chirurgia generale ed a 15 per le altre specialità.

Art. 11 - Obblighi del titolare della casa di cura

E' fatto obbligo ai titolari delle case di cura private di:

- denunciare gli apparecchi radiologici esistenti nelle case di cura private ai sensi dell'art.195 del testo unico delle leggi sanitarie 27 luglio 1934, n.1265, e di chiedere la preventiva autorizzazione per detenere sostanze radioattive comunque confezionate;

- provvedere almeno una volta all'anno alla generale disinfezione e ripulitura degli ambienti e relativi arredi, nonchè alla loro manutenzione.

CAPO III

Organizzazione e personale

Art. 12 - Requisiti del direttore sanitario.

Il direttore sanitario responsabile di case di cura private dotate di oltre 150 posti-letto, al quale è vietata ogni attività di diagnosi e cura nella casa di cura stessa deve possedere uno dei seguenti requisiti:

-idoneità nazionale a dirigente sanitario o sovrintendente sanitario del servizio sanitario nazionale conseguita ai sensi dell'art.20 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n.761.

L'idoneità conseguita ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n.130 è equivalente a tutti gli effetti all'idoneità sopra prevista;

-anzianità di servizio di almeno 5 anni come medico provinciale di ruolo del Ministero della Sanità o delle regioni, oppure come ufficiale sanitario di ruolo di comuni non oltre 100.000 abitanti, oppure come vice direttore sanitario di ospedale regionale o provinciale di ruolo, o come aiuto od assistente di ruolo di istituto universitario di igiene;

-anzianità di servizio di almeno 5 anni come ispettore sanitario d'ospedale regionale o provinciale di ruolo purchè provvisto della libera docenza o specializzazione in igiene o in igiene e tecnica ospedalie-

(segue art. 12)

ra o in igiene e medicina preventiva.

Sono esonerati dal requisito dell'idoneità a direttore sanitario i medici che alla data di entrata in vigore del D.M. 5 agosto 1977 svolgevano le funzioni indicate nel primo comma del presente articolo nonchè quelli che siano in possesso dei requisiti previsti dall'art.69 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n.130, quale risulta modificato dalla legge 18 aprile 1975, n.148, con la integrazione della previsione del servizio prestato nelle case di cura private.

Nelle case di cura private con dotazione di posti-letto fino a 150 le funzioni di direttore sanitario possono essere attribuite a un medico responsabile di raggruppamento.

Art. 13 - Assenza o impedimento direttore sanitario.

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, ed a comunicarne il nominativo alla Regione.

Detto medico non può rivestire le qualifiche inferiori a quella di responsabile di raggruppamento ovvero, in mancanza, di aiuto.

Art. 14 - Divieti e incompatibilità.

Non è consentito svolgere le funzioni di direttore sanitario responsabile in più di una casa di cura qualora almeno una di esse sia dotata di 100 o più posti-letto, ovvero in più case di cura quando complessivamente il numero di posti-letto sia superiore a 150.

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

Art. 15 - Personale medico.

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

Il regolamento interno della casa di cura deve prevedere la dotazione di personale medico in conformità ai criteri indicati nel comma precedente.

In tutte le case di cura deve essere previsto personale medico con funzioni di diagnosi e cura, con rapporto di lavoro dipendente, a tempo pieno o definito, almeno nella proporzione di un medico dirigente responsabile per ciascun raggruppamento di unità di degenza, corrispondente ad una divisione ospedaliera, un medico con funzioni di aiuto ogni due unità funzionali, un medico con funzioni di assistente per ogni unità funzionale di degenza e di specialità aggregata.

Nelle case di cura ostetriche ovvero dotate di specialità di ostetricia, laddove manchino unità funzionali di neonatologia e di pediatria, deve essere assicurata la pronta reperibilità di un pediatra che visiti il neonato entro le prime 12 ore dalla nasci-

(segue art. 15)

ta ed assicurarsi la compilazione della scheda pediatrica.

Resta salva la possibilità per le case di cura private classificate nelle fasce C e D di instaurare il rapporto convenzionale, fermo l'obbligo di servizio non inferiore a quello di sanitario dipendente a tempo definito.

Art. 16 - Qualificazione del personale medico

I medici, che dirigono raggruppamenti di unità di degenza e che hanno la direzione del servizio di analisi, del servizio di radiologia, ■ del servizio di ~~di~~ anestesia e rianimazione, devono essere in possesso della corrispondente idoneità nazionale a primario ospedaliero, prevista dall'art.20 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n.761.

L'idoneità conseguita ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n.130, è equivalente, a tutti gli effetti, all'idoneità prevista dal precedente .comma.

Nel caso che i raggruppamenti comprendano unità di degenza di più specialità, la idoneità deve essere posseduta nella disciplina madre.

I medici che hanno la direzione del servizio di radiologia, di medicina nucleare e del servizio di anestesia e rianimazione, devono essere anche in poscesso della libera docenza o la specializzazione nella corrispondente disciplina.

I medici dirigenti delle unità di degenza speciali stiche devono possedere la relativa specializzazione.

(segue art. 16)

Sono esonerati dal requisito dell'idoneità a primario nella disciplina i medici che, alla data di entrata in vigore del D.M. 5 agosto 1977 svolgevano le funzioni indicate nel primo comma del presente articolo, nonchè quelli che siano in possesso dei requisiti previsti dall'art.72 del decreto del Presidente della Repubblica 27.3.1969, n.130, con la integrazione al primo comma del servizio prestato nelle case di cura private.

I medici con funzioni di aiuto devono essere in possesso di almeno uno dei seguenti requisiti:

- anzianità di servizio di almeno cinque anni costituita da un triennio di formazione interdisciplinare, prestato ai sensi dell'art.17 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n.761, più due anni di servizio nella disciplina dell'unità funzionale che nel raggruppamento ha il maggior numero di posti-letto e, in caso di parità, nella disciplina che costituisce l'indirizzo prevalente del raggruppamento o nella disciplina generale che lo comprende, oppure nella disciplina come sopra indicato;
- ovvero libera docenza o specializzazione nella disciplina come sopra specificato.

(segue art. 16)

Nella funzione di aiuto di radiologia, di anestesia e di medicina nucleare è, comunque, richiesta la libera docenza o la specializzazione nella corrispondente disciplina.

Nel caso di esercizio nell'ambito dei raggruppamenti di più specialità mediche o chirurgiche, qualora il medico responsabile o l'aiuto non siano in possesso, oltre che dei requisiti, anche di quelli relativi alle singole specialità cui soprintendono, è obbligatorio che il medico assistente sia in possesso della libera docenza o della specializzazione nella specialità esercitata nell'unità funzionale o nella specialità aggregata cui sia preposto.

Possono ricoprire le tre posizioni nonché il posto di direttore sanitario anche medici provenienti dai Paesi della Comunità economica europea purchè:

- abbiano ottenuto l'iscrizione all'ordine professionale ai sensi delle vigenti disposizioni circa il diritto di stabilimento;
- possano dimostrare con certificazioni dei paesi di origine convalidati e trasferiti in equivalenza con decreto del Ministro della Sanità di avere un curriculum presso ospedali pubblici, privati o universitari corrispondente a quello richiesto per i medici i-

Art. 17 - Regolamento dell'attività medica.

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 e, tra l'altro, deve prevedere un servizio continuativo di guardia medica.

Il servizio di guardia medica deve essere permanente ed interno alla casa di cura, e viene svolto di regola da assistenti ed aiuti dei reparti.

Allorquando venga svolto da medici assunti per tale funzione, questi debbono possedere i requisiti previsti per gli assistenti.

In nessun caso la reperibilità può essere sostitutiva della guardia medica.

Le case di cura private classificate nelle fasce C e D possono instaurare rapporti convenzionali con medici esterni, che siano comunque in possesso dei requisiti di cui al precedente articolo.

Nelle convenzioni deve essere indicato:

- 1) il tipo e la durata del rapporto;
- 2) la natura della attività professionale cui sia tenuto il medico convenzionato, che, comunque, deve assicurare una presenza in servizio pari a quella necessaria per i medici a tempo definito, oltre il

(segue art. 17)

servizio di guardia, di reperibilità e di pronta disponibilità;

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

Le case di cura private devono assicurare ai ricoverati le consulenze specialistiche necessarie.

Tutti i sanitari sono tenuti alla reciproca consulenza.

**Art. 18 - Personale sanitario ausiliario, tecnico,
esecutivo ed amministrativo.**

L'organico della casa di cura deve prevedere personale sanitario ausiliario, tecnico, esecutivo ed amministrativo in numero adeguato alle effettive esigenze dei servizi.

La dotazione organica del personale sanitario ausiliario deve essere tale da garantire nei due turni diurni la continua presenza di almeno:

- a) un capo sala per ogni raggruppamento di unità di degenza;
- b) infermieri professionali o, in mancanza, generici nel rapporto di una unità ogni 10 posti-letto, semprechè sia assicurata la presenza di almeno un infermiere professionale ogni 20 posti-letto.

La dotazione organica del personale sanitario ausiliario addetto ad un raggruppamento di unità di degenza di ostetricia-ginecologia deve prevedere:

- a) una ostetrica capo;
- b) una ostetrica fino a 10 posti letto ed una ostetrica ogni 8 posti-letto in più;
- c) puericultrici nella proporzione di una ogni 4 culle per neonato.

La dotazione organica del personale esecutivo deve prevedere la continua presenza dei due turni diurni di una unità ogni 10 posti-letto.

(segue art. 18)

Per l'assistenza ai neonati immaturi deve essere prevista una adeguata dotazione organica di vigi-
latrici di infanzia e di infermieri professionali
specializzati in pediatria, in numero eguale ad una
per ogni due termoculle.

Nelle ore notturne deve essere garantita la presen-
za di personale sanitario ausiliario ed esecutivo
nella proporzione di almeno un terzo delle unità
prescritte per il servizio diurno; deve comunque es-
sere presente almeno un infermiere professionale ogni
50 posti-letto o frazione.

Art. 19 - Personale del servizio di analisi.

In tutte le case di cura private deve essere previsto almeno un posto di medico ovvero di un biologo responsabile del servizio di analisi con rapporto di lavoro dipendente oltre a quello di un tecnico di laboratorio di analisi.

Nelle case di cura private con dotazione di posti-letto superiore a 150 i posti da prevedere sono: un medico dirigente, un medico con funzioni di assistente o un biologo, due tecnici di laboratorio, tutti con rapporto di lavoro dipendente.

Qualora il servizio di analisi estenda la sua attività in particolari settori specialistici o per conto di esterni non ricoverati, sia in regime di libera attività che in regime di convenzione, sia con presidi o soggetti privati che con il servizio sanitario, gli organici di cui ai precedenti commi vanno incrementati di tante unità di medici o biologi e di tecnici quante siano necessarie per l'espletamento dei servizi aggiuntivi di cui al presente comma.

Le case di cura private classificate alle fasce C e D possono stipulare convenzioni con medici o biologi liberi professionisti, fermo l'impegno di questi non inferiore a quello previsto per i medici dipendenti con

Art. 20 - Personale del servizio di radiodiagnostica.

In tutte le case di cura private deve essere previsto almeno un posto di medico responsabile del servizio di radiodiagnostica, munito della relativa specializzazione, con rapporto di lavoro dipendente oltre a quello di un tecnico di radiologia medica.

Nelle case di cura private con dotazione di posti-letto superiori a 150 i posti da prevedere sono: un medico dirigente, un medico con funzioni di assistente e due tecnici di radiologia medica, tutti con rapporto di lavoro dipendente.

Qualora il servizio di radiodiagnostica estenda la sua attività in particolari settori specialistici o per conto di esterni non ricoverati, sia in regime di libera attività che in regime di convenzione, sia con presidi o soggetti privati che con il servizio sanitario, gli organici di cui ai precedenti commi vanno incrementati di tante unità di medici e di tecnici quante siano necessarie per l'espletamento dei servizi aggiuntivi di cui al presente comma.

Le case di cura private classificate alla fasce C e D possono stipulare convenzioni con medici liberi professionisti, fermo l'impegno di questi non inferiore a quello previsto per i medici dipendenti con rapporto

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

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

Deve essere previsto un posto di dirigente del servizio con rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno o definito ed almeno un assistente, dotato di specializzazione nella disciplina, ogni 60 posti letto di chirurgia o specialità chirurgiche, o frazione, con rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno o definito.

Si intendono compresi nel concetto di posto-letto anche i posti di degenza diurna allorquando si adotti il sistema del ritorno dell'operato a casa in giornata, nonchè di rianimazione post operatoria.

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

Art. 22 - Convenzioni con le unità sanitarie locali
per alcuni servizi

La Giunta Regionale può autorizzare, per i servizi di anestesia, di fadiodiagnostica e di nefrologia, la stipula di convenzioni tra le case di cura private e le Unità Sanitarie Locali per le prestazioni di equipes di sanitari operanti in presidi pubblici, semprechè gli stessi siano consenzienti e sempre che sia garantito il servizio sia presso il presidio pubblico, sia presso la casa di cura privata, ivi compresa la responsabilità e la disponibilità nei due presidi.

L'autorizzazione di cui al precedente comma non può essere consentita ove la casa di cura privata sia dotata di servizio di rianimazione ovvero di un numero di posti letto di chirurgia e specialità chirurgiche superiori a 60.

Art. 23 - Servizio farmaceutico.

Le case di cura private con dotazione di posti-letto superiore a 150 devono istituire un servizio farmaceutico, diretto da un farmacista responsabile.

Ogni presidio dipendente da casa di cura privata deve essere dotato di armadio farmaceutico, adeguatamente fornito secondo le esigenze dei servizi funzionanti, sotto la responsabilità del direttore sanitario ovvero, nel caso di presidi staccati, dal medico responsabile di raggruppamento.

E' consentito, a norma dell'articolo 28 della legge 23 dicembre 1978, n.833, alle case di cura private convenzionate acquistare direttamente le preparazioni farmaceutiche, le specialità medicinali, i materiali ed i presidi sanitari per l'impiego nella attività propria della casa di cura.

La facoltà di cui al comma precedente è esercitata dalle case di cura private convenzionate prive del farmacista responsabile tramite la consulenza di farmacista iscritto all'albo professionale, che attesti che i medicinali sono destinati ai servizi sanitari per cui la casa di cura convenzionata sia autorizzata.

CAPC IV

Requisiti, attrezzature e servizi di unità di degenza a carattere specialistico e di case di cura ad indirizzo specialistico.

Art. 24 - Requisiti e servizi di unità di degenza a
carattere specialistico e di case di cura
ad indirizzo specialistico.-

Per quanto riguarda i requisiti, i servizi e le caratteristiche delle unità di degenza e delle case di cura a indirizzo pediatrico, ostetrico, sanatoriale, preventoriale e neuropsichiatrico si fa espresso rin
vio formale a quanto previsto negli articoli 33, 34,
35, 36, e 37 del decreto del Ministro per la sanità
del 5 agosto 1977, pubblicato sulla Gazzetta Ufficia
le numero 236 del 31 agosto 1977.

CAPO V

Classificazione

Art. 25 - Criteri.

La Regione classifica le case di cura private secondo i criteri di cui ai successivi commi.

Le case di cura private dotate dei requisiti e delle dotazioni di cui ai precedenti articoli sono classificate di fascia funzionale "C".

Sono classificate di fascia funzionale "A" le case di cura che, oltre ai requisiti di cui ai precedenti articoli, sono dotate:

- di reparti o di servizi di alta specializzazione, quali terapia intensiva cardiologica con monitoraggio, di rianimazione, riabilitazione, emodialisi, medicina nucleare, cardiocirurgia, fisiopatologia cardiovascolare, diagnostica endoscopica, in numero di almeno tre per le case di cura monospecialistiche e quattro negli altri casi, nonché
- di presenza di un numero di capi sala, infermieri professionali, ostetriche ed ausiliari di corsia, tale da raggiungere il rapporto di un dipendente di dette qualifiche per ciascun posto-letto autorizzato.

Sono di fascia funzionale "B" le case di cura che, oltre ai requisiti di cui ai precedenti articoli, sono dotate:

(segue art. 25)

quali terapia intensiva cardiologica con monitoraggio, di rianimazione, riabilitazione, emodialisi, medicina nucleare, cardiocirurgia, fisiopatologia cardiovascolare, diagnostica endoscopica, in numero di almeno due per le case di cura monospecialistiche e tre negli altri casi, nonché

- di presenza di un numero di capi sala, infermieri professionali, ostetriche ed ausiliari di corsia tale da raggiungere il rapporto di 0,8 dipendenti di dette qualifiche per ciascun posto letto autorizzato.

Nessuna altra classificazione è ammessa. È consentita, per non oltre la durata di anni tre dalla data di entrata in vigore della presente legge, la classificazione di case di cura private non dotate dei requisiti di cui ai precedenti articoli, previsti dalla fascia "C", nella fascia provvisoria "D".

La retta di degenza per tale ultima fascia, non può essere superiore a tre quinti di quella stabilita per la fascia "C".

Art. 26 - Competenze.

La classificazione delle case di cura private è deliberata dalla Giunta Regionale, sulla base di valutazioni e accertamenti eseguiti da una commissione presieduta dall'assessore alla sanità, o da suo delegato, e costituita da un medico dei ruoli regionali, due sanitari di livello apicale del ruolo sanitario regionale e da due rappresentanti, di cui uno sanitario, dell'associazione regionale più rappresentativa delle case di cura private.

La commissione è assistita da un funzionario in servizio presso l'assessorato alla sanità indicato dall'assessore regionale.

Art. 27 - Sospensione o interruzione servizi

La sospensione o l'interruzione di alcuni dei servizi sanitari essenziali o determinanti per l'attribuzione di fascia funzionale va comunicata tempestivamente. In tali casi la casa di cura può avvalersi di altre strutture pubbliche o private.

Non è in ogni caso consentita sospensione dell'attività delle case di cura o di servizi per ferie.

Ove la sospensione riguardi i servizi determinanti per la classificazione per un periodo superiore a giorni trenta, la Giunta Regionale delibera l'attribuzione per la durata della sospensione, provvisoriamente, della fascia "C" ove si tratti di casa di cura di fascia "A" o "B" ovvero della fascia "D" ove si tratti di casa di cura di fascia "C".

La sospensione superiore a tre mesi determina l'attribuzione definitiva della fascia "C" ovvero "D", alla stregua del precedente comma, la ripresa dell'esercizio dei servizi sospesi va accertata con nuova procedura di classificazione.

CAPO VI

Norme transitorie

Art. 28 - Termini di adeguamento alla normativa.

I titolari di autorizzazione alla gestione di case di cura private in esercizio alla data di entrata in vigore della presente legge possono continuarne la gestione. Per i requisiti edilizi, strutturali, organizzativi e funzionali si fa riferimento alle previsioni di cui allo schema di convenzione regioni-case di cura private approvato con decreto del Ministro per la sanità del 30 giugno 1975, e relativi allegati. Tutto il personale, ivi compreso quello sanitario, ad eccezione quello addetto esclusivamente ai servizi di guardia o ai servizi caratterizzanti, deve essere dipendente delle case di cura classificate alle fasce "A" e "B".

Entro 30 giorni dalla entrata in vigore della presente legge cessano le classificazioni A1 e B1. Le case di cura classificate a tali fasce sono riclassificate alle fasce "A" o "B" ove prevedano all'assunzione del personale sanitario, nel termine detto, ovvero alla fascia "C" ove il personale sanitario conserva il rapporto convenzionale.

Le case di cura private classificate alla fascia funzionale "D" devono comunque essere adeguate strutturalmente e funzionalmente ai requisiti previsti per la fascia funzionale "C", a norma dello schema di convenzione di cui al primo comma, entro il termine perentorio

(Segue art.28)

del 31 dicembre 1984, a pena di decadenza dalla autorizzazione.

Entro sei mesi dell'entrata in vigore della presente legge i titolari di autorizzazione di cui al primo comma devono adeguare gli organici del personale sanitario, parasanitario, tecnico ed ausiliario secondo le prescrizioni di cui ai precedenti articoli secondo le classificazioni delle rispettive case di cura private ovvero almeno secondo le previsioni stabilite per la fascia funzionale "C".

I titolari di autorizzazione di cui al primo comma devono adeguare le rispettive case di cura alle previsioni di cui ai capi 2°, 3° e 9° della presente legge concernenti "norme costruttive e requisiti tecnico-sanitari"; "Organizzazione e personale"; "Requisiti, attrezzature e servizi di unità di degenza a carattere specialistico e di case di cura ad indirizzo specialistico" ovvero dimostrare di essere legittimamente in possesso di area idonea e sufficiente, non in contrasto con le previsioni in materia urbanistica dei comuni interessati, nonché di progetti di costruzione di case di cura private approvate in prima istanza entro il termine perentorio del 31 dicembre 1985.

In caso di dimostrazione di disponibilità dell'area

(Segue Art.28)

e dei progetti di costruzione, l'adeguamento delle strutture, mediante la costruzione del presidio, deve essere completato non oltre il termine improrogabile del 31 dicembre 1986.

A ciascuna scadenza dei termini di cui ai precedenti commi, il presidente della Giunta Regionale, su deliberazione della stessa, previo accertamento della commissione di cui al precedente articolo 25, pronuncia la conferma della classificazione, la riclassificazione o la decadenza dell'autorizzazione.

Durante i periodi transitori di cui ai precedenti commi non è consentita riclassificazione in senso migliorativo delle case di cura in esercizio alla entrata in vigore della presente legge.

Le disposizioni di cui al presente articolo non si applicano ai subentranti per qualsiasi titolo, anche ove trattasi di modificazione di forma societaria o ampliamento di partecipazione alla stessa, nella titolarità della gestione di case di cura private in esercizio all'entrata in vigore della presente legge.

E' consentita instaurazione di società o ampliamento o modificazioni della società titolare di autorizzazione solo ai fini di acquisizione di struttura rispondente ai requisiti previsti nella presente legge ed escluse

(Segue art.28)

sivamente per trasferimento dei servizi autorizzati con esclusione di qualsiasi ampliamento sia di posti letto che di servizi.

Le autorizzazioni ad aprire e gestire case di cura private non esercitate alla data di entrata in vigore della presente legge sono revocate di diritto.

TITOLO II - Convenzione con le case di cura private

Art. 29 - Principi.

Il piano sanitario regionale accerta la necessità di convenzionare le case di cura private tenendo conto prioritariamente di quelle già convenzionate.

Fino all'entrata in vigore del piano sanitario regionale, la Giunta Regionale, tenuto conto delle insufficienze e delle inadeguatezze delle strutture pubbliche esistenti, sentita la competente commissione consiliare, determina ogni triennio le esigenze di assistenza ospedaliera, in base alle quali possono essere stipulare convenzioni con le case di cura private.

Le convenzioni scadono al cessare del piano triennale, senza obbligo di disdetta. Possono essere stipulate per periodi inferiori al triennio.

Non costituisce insufficienza ovvero inadeguatezza di struttura pubblica la temporanea inagibilità o ridotta funzionalità di servizio pubblico istituito o previsto, anche dovuta a procedure o attività di adeguamento finanziate ed in corso.

Eventuali proroghe delle convenzioni sono deliberate dalla Giunta Regionale solo in attesa della determinazione delle esigenze di cui al precedente secondo comma per un periodo comunque non superiore a mesi sei e solo per singole case di cura con esplicite ed espresse motivazioni di stretta necessità;

Art. 30 - Schemi di convenzioni.

Le convenzioni sono stipulate alla stregua dello schema tipo di cui all'articolo 44 della legge 23 dicembre 1978, n.833, ferme particolari disposizioni di cui alla presente legge ovvero stabilite con il piano sanitario regionale ovvero alla stregua di accertamenti di cui al precedente articolo.

La perdita di uno o più requisiti necessari per la classificazione della casa di cura privata alla fascia funzionale "C" è causa di risoluzione della convenzione salvi i provvedimenti in merito all'autorizzazione all'esercizio della stessa.

La perdita di uno o più requisiti che causino la necessità di riclassificazione della casa di cura privata classificata a fascia funzionale "A" o "B" a fascia inferiore, è parimenti motivo di risoluzione della convenzione, salvo che la Giunta Regionale, con espressa motivazione in merito alle esigenze assistenziali locali, non ritenga conservare il rapporto convenzionale con la casa di cura privata al nuovo livello di classificazione.

Art. 31 - Risoluzione delle convenzioni.

La sospensione o l'interruzione dei servizi di case di cura convenzionate, che pregiudichi l'attività assistenziale, determina la sospensione della convenzione.

La convenzione è risolta se la casa di cura non comunica la sospensione o l'interruzione dei servizi.

In caso di inadempienze alla convenzione, il titolare della casa di cura privata è diffidato a rimuoverle nel termine stabilito dal provvedimento di diffida in relazione al tipo di inadempienza. Trascorso inutilmente tale termine, o immediatamente, qualora sia necessario provvedere d'urgenza, si procede alla sospensione della convenzione sino a quando non siano rimosse le cause che abbiano determinato il provvedimento.

In caso di revoca dell'autorizzazione all'apertura e all'esercizio della casa di cura privata, la convenzione è risolta di diritto.

E' disposta, altresì, la risoluzione della convenzione oltre che nei casi consentiti dalle vigenti disposizioni, per ripetute inadempienze alla convenzione, o nel caso che questa non venga eseguita secondo le regole della correttezza e della buona fede anche sot

Art. 32 - Richiesta prestazioni sanitarie extra.

Nel caso in cui l'assistito richieda prestazioni professionali di personale non compreso nell'organico della casa di cura, il ricovero non viene inteso a carico del servizio sanitario, ma grava interamente sull'assistito.

Art. 33 - Esercizio attività libero-professionale.

E' consentito, presso le case di cura private convenzionate, l'esercizio della libera attività professionale dei medici del servizio sanitario.

Sono fatte salve, comunque, le disposizioni normative e convenzionali circa l'incompatibilità.

L'esercizio della libera attività professionale di cui ai precedenti commi non pregiudica il limite dei ricoveri, che non possono superare in ogni caso il numero dei posti-letto autorizzati per tutta la casa di cura o stabilimento di essa e di ciascun raggruppamento in cui si articolano.

L'onere della diaria giornaliera di degenza e delle altre spese anche di natura sanitaria sono a totale carico dell'assistito.

Art. 34 - Diaria giornaliera - Liquidazioni.

La Giunta Regionale sulla base della diaria omnicomprensiva concordata mediante trattativa nazionale per le case di cura private assegnate alla fascia funzionale "C", determina gli oneri di natura non sanitaria a carico dell'assistito e la diaria giornaliera di degenza per le case di cura private classificate a fascia diversa.

Alla liquidazione delle contabilità relative ai ricoveri presso le case di cura private convenzionate provvede la Giunta Regionale con periodicità trimestrale. Salva la disponibilità delle quote del fondo sanitario assegnate alla Regione a norma dell'art.51 della legge 23 dicembre 1978, n.833, l'assessore alla sanità è autorizzato a concedere con proprio provvedimento, accenti mensili pari all'ottantacinque per cento dell'ammontare delle contabilità presentate.

Art. 35 - Norme transitorie.

Fino all'entrata in vigore del piano sanitario regionale, comunque fino alla determinazione di cui al secondo comma del precedente articolo 29, sono sospesi ulteriori convenzionamenti con case di cura private oltre quelli in atto all'entrata in vigore della presente legge, nonchè ampliamento delle convenzioni in atto per ulteriori posti-letto o servizi.

CONSIGLIO REGIONALE PUGLIA
Trasmesso alla 44 Commissione Costi-
liare permanente il. 30.1.84