

Epigrafe

Premessa

Capo I - Autorizzazione all'apertura e classificazione delle case di cura private.

- 1.** *Individuazione delle case di cura private.*
- 2.** *Autorizzazione all'apertura, all'ampliamento o alla trasformazione.*
- 3.** *Tipologia.*

Capo II - Criteri generali per la progettazione e la costruzione.

- 4.** *Progettazione.*
- 5.** *Area.*
- 6.** *Approvvigionamento idrico.*
- 7.** *Smaltimento dei rifiuti liquidi.*
- 8.** *Smaltimento dei rifiuti solidi.*
- 9.** *Smaltimento dei rifiuti radioattivi.*
- 10.** *Caratteristiche costruttive.*
- 11.** *Eliminazione barriere architettoniche.*
- 12.** *Protezione antisismica.*
- 13.** *Sicurezza antincendi.*
- 14.** *Condizioni microclimatiche.*
- 15.** *Protezione dalle radiazioni ionizzanti.*
- 16.**
- 17.** *Impianti di distribuzione dei gas.*

Capo III - Requisiti di carattere tecnico sanitario.

- 18.** *Requisiti generali.*
- 19.** *Raggruppamento dei servizi e locali.*
- 20.** *Direzione sanitaria.*
- 21.** *Direzione amministrativa.*
- 22.** *Servizi di diagnosi e cura.*
- 23.** *Degenze.*
- 24.** *Servizi generali.*
- 25.** *Impianti tecnologici.*

Capo IV - Personale.

- 26.** *Personale medico con funzioni igienico-organizzative.*
- 27.** *Attribuzioni del direttore sanitario responsabile.*
- 28.** *Assenza o impedimento del direttore sanitario.*
- 29.** *Personale medico con funzioni di diagnosi e cura.*

Qualificazione del personale dirigente

- 30.** *Personale medico.*
 - 31.** *Personale del servizio di analisi.*
 - 32.** *Personale medico del servizio di radiodiagnostica.*
 - 33.** *Personale medico del servizio di anestesia e rianimazione.*
 - 34.** *Regolamento dell'attività medica.*
 - 35.** *Cartelle cliniche.*
 - 36.** *Personale infermieristico, tecnico, esecutivo ed amministrativo.*
 - 37.**
 - 38.** *Termini per l'adempimento.*
 - 39.** *Deroghe alle caratteristiche strutturali e dimensionali.*
-

D.P.C.M. 27 giugno 1986 ⁽¹⁾.

Atto di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle regioni in materia di requisiti delle case di cura private ⁽²⁾.

(1) Pubblicato nella Gazz. Uff. 4 luglio 1986, n. 153.

(2) Si ritiene opportuno riportare anche la premessa del presente decreto.

IL PRESIDENTE

DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

Visto l'art. 5 della *legge 23 dicembre 1978, n. 833*, che disciplina la funzione di indirizzo e coordinamento delle attività amministrative regionali in materia sanitaria;

Visto l'art. 43, primo comma, della *legge 23 dicembre 1978, n. 833*, che, nel demandare alla potestà legislativa regionale la disciplina della autorizzazione e della vigilanza sulle istituzioni sanitarie di carattere privato e la definizione delle caratteristiche funzionali di tali istituzioni onde assicurare livelli di prestazioni sanitarie non inferiori a quelle erogate dai corrispondenti presidi e servizi delle unità sanitarie locali, attribuisce allo Stato la funzione di indirizzo e coordinamento;

Visto lo schema elaborato dal Ministero della sanità per i requisiti delle case di cura private;

In conformità alla deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 16 maggio 1986, con la quale il presidente del Consiglio dei Ministri è stato delegato ad emanare, d'intesa con il Ministro della sanità, un atto di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle regioni in materia di requisiti delle case di cura private;

Decreta:

Capo I - Autorizzazione all'apertura e classificazione delle case di cura private.

1. Individuazione delle case di cura private.

Agli effetti del presente atto di indirizzo e coordinamento sono case di cura private gli stabilimenti sanitari gestiti da privati, persone fisiche o giuridiche, che provvedono al ricovero ed, eventualmente, all'assistenza sanitaria ambulatoriale e in regime di degenza diurna di cittadini italiani e stranieri a fini di diagnosi, cura e riabilitazione.

Il presente atto di indirizzo stabilisce i requisiti minimi, cui devono rispondere tutte le case di cura private.

2. Autorizzazione all'apertura, all'ampliamento o alla trasformazione.

L'autorizzazione all'apertura di case di cura private ed all'ampliamento o trasformazione delle medesime viene rilasciata dai competenti organi regionali.

La denominazione delle case di cura private deve essere preceduta o seguita dall'indicazione «casa di cura privata». È fatto divieto di usare l'aggettivo «internazionale» nonché denominazioni o frasi atte ad ingenerare confusione con strutture sanitarie pubbliche.

In casi di violazione delle disposizioni di legge statale o regionale delle condizioni inserite nell'atto di autorizzazione, i competenti organi delle regioni o quelli dalle stesse individuati diffidano il titolare della casa di cura ad eliminarle entro un congruo termine tassativo. Trascorso detto termine viene ordinata la chiusura delle case stesse fino a quando non vengono rimosse le cause che hanno determinato il provvedimento.

Nel caso di reiterate infrazioni gli organi regionali possono revocare l'autorizzazione all'apertura.

3. Tipologia.

Le case di cura private possono essere 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 e chirurgiche;

2) case di cura mediche, destinate prevalentemente ad ammalati di forme morbose 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, ecc.).

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 polispecialistiche di cui ai precedenti punti 2), 3) e 4): n. 40 posti letto;

per le case di cura monospecialistiche e ad indirizzo specifico di cui ai punti 5) e 6): n. 30 posti letto.

Nell'esercizio delle loro attribuzioni le regioni si devono assicurare che le case di cura private siano in possesso dei requisiti minimi indicati dal presente atto di indirizzo.

Capo II - Criteri generali per la progettazione e la costruzione.

4. Progettazione.

Ogni progetto per la costruzione, l'ampliamento o la trasformazione di case di cura private, redatto da un ingegnere o un architetto, deve essere approvato dai competenti organi regionali ai fini del rilascio dell'autorizzazione.

I progetti devono essere corredati di una relazione tecnico-sanitaria a firma del progettista e di un medico competente in igiene e tecnica ospedaliera.

Nella relazione tecnico-sanitaria debbono essere posti in evidenza tra l'altro:

- 1) il rapporto con le previsioni e indicazioni del Piano sanitario regionale;
 - 2) i criteri urbanistici di scelta dell'area, le sue caratteristiche e la rispondenza alle indicazioni al Piano regolatore vigente;
 - 3) l'utilizzazione dell'area e a sua sistemazione in relazione all'orientamento, alla morfologia del terreno e alla vegetazione esistente;
 - 4) il rapporto del progetto con le condizioni climatiche locali, quali temperatura, umidità relativa, ventosità e soleggiamento;
 - 5) i concetti igienico-sanitari e funzionali che hanno informato la redazione del progetto, con particolare riferimento al sistema dei percorsi orizzontali e verticali;
 - 6) l'aggregazione dei corpi di fabbrica, i criteri distributivi dei servizi diagnostico-terapeutici per i malati interni e per quelli esterni, dei locali di degenza completa e diurna e dei servizi generali;
 - 7) le caratteristiche strutturali dei corpi di fabbrica e le caratteristiche specifiche dei materiali e componenti impiegati;
 - 8) la capacità ricettiva complessiva e delle singole unità di degenza, nonché le specialità che si intendono attivare;
 - 9) i sistemi previsti per l'approvvigionamento idrico, lo smaltimento dei rifiuti solidi e liquidi, nonché per la ventilazione, il riscaldamento ed il condizionamento dell'aria, ed in genere per altri servizi generali e impianti tecnologici;
 - 10) la descrizione delle apparecchiature sanitarie previste per i vari settori funzionali con la precisazione delle modalità di installazione.
-
-

5. Area.

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 bene inserita nel sistema delle comunicazioni 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 assicurino una perfetta accessibilità; deve consentire l'arretramento dell'ingresso dei malati rispetto al filo stradale in modo da offrire una sufficiente sicurezza nell'accesso.

L'ubicazione della casa di cura dovrà avvenire in località salubre ed alberata, lontano da depositi o scoli di materie di rifiuto, da acque stagnanti, da industrie rumorose o dalle quali provengono esalazioni moleste e nocive, da cimiteri e da quelle attrezzature urbane che possono comunque arrecare danno o disagio alle attività terapeutiche ed al soggiorno. 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 esposta a venti fastidiosi e non dovrà essere situata sottovento a zone da cui possono provenire esalazioni o fumi nocivi o sgradevoli.

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 o comunque nel caso di incremento di posti letto, deve essere previsto un aumento della superficie totale di 70 mq per ogni posto letto in aumento; almeno 15 mq per posto letto devono essere destinati a parco e giardino e devono essere previste aree destinate al parcheggio delle autovetture in misura di 1 mq ogni 10 mc nel rispetto delle norme urbanistiche locali.

6. *Approvvigionamento idrico.*

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

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.

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

7. Smaltimento dei rifiuti liquidi.

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 disinfezione, in aderenza a quanto prescritto nella delibera 30 dicembre 1980 del Comitato interministeriale per la tutela delle acque dall'inquinamento «Direttive per la disciplina degli scarichi di pubbliche fognature e di insediamenti civili che non recapitano in pubbliche fognature» ed ai provvedimenti regionali conseguenti a tali direttive.

8. Smaltimento dei rifiuti solidi.

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.

I rifiuti di medicazione, le parti anatomiche, i rifiuti provenienti dai laboratori biologici e quelli che presentino comunque grave pericolo per la salute pubblica devono essere smaltiti 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.

9. 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 decreto del Presidente della Repubblica 11 gennaio 1972, n. 4, ed in conformità al [decreto del Presidente della Repubblica 13 febbraio 1964, n. 185](#), e successive modificazioni.

10. Caratteristiche costruttive.

Lo sviluppo in altezza ed i distacchi dei corpi di fabbrica devono essere conformi 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 prospicienti all'esterno e che forniscano anche una adeguata ventilazione naturale.

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.

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

Le scale dovranno avere gradini di larghezza minima di m 1,50, pedata minima di cm 23 ed alzata massima di cm 17.

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

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

Le Regioni, in base alle caratteristiche climatiche esterne locali, stabiliranno le altezze minime nette dei piani delle case di cura; in ogni caso detto valore minimo non potrà essere inferiore a m 2,70.

11. Eliminazione barriere architettoniche.

In relazione all'ottimale agibilità della casa di cura da parte dei malati e del personale, anche ai fini di una desiderabile prevenzione degli infortuni di tipo domestico, dovranno osservarsi ed eventualmente integrarsi le disposizioni contenute nel [decreto del Presidente della Repubblica 27 aprile 1978, n. 384](#) («Regolamento di attuazione dell'art. 27 della [legge 30 marzo 1971, n. 118](#), a favore dei mutilati e invalidi civili, in materia di barriere architettoniche e trasporti pubblici»).

12. Protezione antisismica.

Nella predisposizione delle condizioni strutturali dell'edificio secondo le normative nazionali e locali sulla protezione antisismica dovranno prevedersi particolari accorgimenti per consentire la massima sicurezza possibile per degenti costretti a letto e per facilitare la loro evacuazione all'aperto nel minor tempo possibile.

13. Sicurezza antincendi.

La sicurezza antincendi deve essere assicurata in tutti gli ambienti della casa di dura attraverso l'applicazione delle norme tecniche vigenti e prescritte dai vigili del fuoco secondo le seguenti direttrici:

- a) caratteristiche delle strutture ed impiego di materiali resistenti al fuoco;
 - b) avvisatori di incendio;
 - c) uscite di sicurezza e scale esterne di emergenza;
 - d) impianti elettrici realizzati secondo le norme vigenti;
 - e) rete antincendio ed altri sistemi di spegnimento.
-
-

14. Condizioni microclimatiche.

Le case di cura devono essere dotate di impianti atti ad assicurare idonee condizioni microclimatiche.

La temperatura dell'aria non dovrà essere inferiore a 20°C per le sale di degenza e di soggiorno e a 22°C per le sale di visita e medicazione.

Nei settori destinati a specifiche attività terapeutiche (sale operatorie, sale da parto, sale di degenza immaturi, rianimazione, terapia intensiva ecc.) dovranno essere previsti impianti di condizionamento integrale a tutt'aria esterna con un numero di ricambi orari adeguato alle specifiche esigenze del servizio ed un controllo particolare della purezza dell'aria attraverso opportuni filtri assoluti.

Per tali settori i valori della temperatura e dell'umidità relativa saranno determinati in funzione delle esigenze specifiche del servizio a cui l'impianto è destinato.

15. Protezione dalle radiazioni ionizzanti.

Per l'impiego di apparecchi o di sostanze che possono generare radiazioni ionizzanti si devono adottare i provvedimenti costruttivi necessari per la protezione sanitaria dei degenti e del personale. Per essa dev'essere osservata le prescrizioni di legge con particolare riguardo al [decreto del Presidente della Repubblica 13 febbraio 1964, n. 185](#), e successive modificazioni.

16. Impianti elettrici.

Gli impianti elettrici devono essere conformi alle norme del [decreto del Presidente della Repubblica 27 aprile 1955, n. 547](#), e della legge 10 marzo 1968, n. 186.

Le case di cura devono essere dotate di dispositivi ed 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 complessi 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.

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

17. Impianti di distribuzione dei gas.

Nelle case di cura che ricoverano malati di forme acute mediche o chirurgiche la distribuzione dei gas medicali deve essere effettuata con impianto centralizzato nel rispetto delle normative indicate dal comando dei vigili del fuoco.

Capo III - Requisiti di carattere tecnico sanitario.

18. Requisiti generali.

Ogni casa di cura privata, oltre a soddisfare alle esigenze dell'igiene e della tecnica ospedaliera, deve presentare almeno i seguenti servizi e locali:

- a) servizio di accettazione;
- b) camere di degenza;
- c) locali di soggiorno e di attesa;
- d) locali e servizi separati per l'isolamento temporaneo degli ammalati di forme morbose diffuse;
- e) locali per la direzione sanitaria e per quella amministrativa;
- f) servizio di radiodiagnostica;
- g) servizio di analisi;
- h) emoteca, ove richiesta dalla tipologia;
- i) complessi operatorio e da parto, ove richiesti dalla tipologia;
- l) locali per neonatologia e jactarium, ove richiesti dalla tipologia;

- m) servizi per il pubblico e ricoverati;
 - n) servizi per l'assistenza religiosa;
 - o) locali per il medico di guardia e, se del caso, per l'ostetrica di guardia;
 - p) servizi di lavanderia, di cucina e dispensa, di guardaroba, di fardelleria, di disinfezione e disinfestazione;
 - q) servizio di sterilizzazione;
 - r) attrezzature tecniche ed impianti tecnologici;
 - s) servizi per il personale;
 - t) servizio mortuario.
-
-

19. Raggruppamento dei servizi e locali.

I servizi e locali della casa di cura possono così raggrupparsi:

- 1) direzione sanitaria e direzione amministrativa;
 - 2) servizi di diagnosi e cura;
 - 3) degenze;
 - 4) servizi generali;
 - 5) impianti tecnologici.
-
-

20. Direzione sanitaria.

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

21. Direzione amministrativa.

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

22. Servizi di diagnosi e cura.

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

Le regioni, nell'ambito delle convenzioni di cui agli articoli 43 e 44 della [legge 23 dicembre 1978, n. 833](#), possono chiedere l'istituzione presso le case di cura di un servizio ambulatoriale.

Le regioni, nell'ambito delle predette convenzioni, possono chiedere l'istituzione presso le case di cura private di un servizio continuo di pronto soccorso coordinato, su prescrizione del piano regionale, con gli altri presidi sanitari locali.

Il servizio di diagnostica radiologica deve consistere di locali ed impianti proporzionati alla capacità del complesso ed alla sua classificazione. Deve essere provvisto di apparecchiature idonee all'applicazione delle misure di protezione da radiazioni ionizzanti di cui al [decreto del Presidente della Repubblica 13 febbraio 1964, n. 185](#), e successive modificazioni.

Le regioni potranno richiedere l'istituzione di un servizio di recupero e rieducazione funzionale.

Il servizio di analisi deve essere in grado di effettuare le comuni indagini relative alla tipologia della casa di cura.

Il servizio di emoteca deve essere costituito ai sensi della [legge 14 luglio 1967, n. 592](#), e del relativo regolamento di attuazione.

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

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

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

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

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

23. Degenze.

Ogni casa di cura può essere articolata 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; dette unità confluiranno per branche affini i raggruppamenti con non meno di 30 e non più di 100 posti letto; per le case di cura di cui al punto 6) del precedente art. 3, ad indirizzo specifico, in raggruppamenti con non più di 120 posti letto.

Appare indicato per le stanze di degenza per adulti non superare la capacità di 4 letti, con una superficie minima per letto pari a mq 7.

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

Appare indicato nelle stanze di degenza pediatrica non superare la capacità di 4 letti, con una superficie minima per letto pari a mq 5 per le stanze a più letti e a mq 9 per la stanza ad un letto.

Devonsi prevedere gli apprestamenti necessari per il pernottamento delle madri e degli accompagnatori dei ricoverati di età inferiore ai 6 anni o dei soggetti particolarmente bisognosi dell'assistenza materna.

Nell'ambito delle unità di degenza, o comunque in luogo ritenuto idoneo, devono essere previsti ambienti, necessari anche per il colloquio con i parenti, da destinare ai medici delle case di cura aventi funzioni di diagnosi e cura.

La dotazione complessiva di servizi igienici per le unità funzionali di degenza deve essere commisurata ad almeno un lavabo con acqua calda sanitaria per ogni 4 letti, un bidet ed una tazza w.c. per ogni 6 letti, una vasca da bagno o doccia ogni 10 letti, con esclusione dei servizi riservati alle camere singole.

Le regioni faranno adottare i sistemi costruttivi ed impiantistici più confacenti alle usanze ed alle condizioni climatiche locali in merito alla aerazione ed illuminazione dirette dei vani di latrina, e di antilatrina, oltre a prescrivere i più convenienti particolari tecnici specifici per impianti idrico-sanitari.

24. Servizi generali.

Il servizio di cucina può essere anche convenzionato o gestito in cooperativa da più istituzioni private purché regolarmente autorizzate dall'autorità sanitaria e purché le condizioni di trasporto siano idonee; se del caso vi dovrà, essere una cucina dietetica interna. Devono essere installati adeguati impianti per la captazione di fumi, vapori ed odori nei punti di produzione e per la loro pronta eliminazione.

Il servizio di lavanderia può essere anche convenzionato o gestito in cooperativa da più istituzioni private purché regolarmente autorizzate dall'autorità sanitaria e purché le condizioni di trasporto siano idonee; viene comunque escluso l'appalto esterno per la biancheria infetta o sospetta. I locali devono essere attrezzati per la pronta captazione di vapori, polveri ed odori.

Il servizio di disinfezione e disinfestazione deve essere dotato dei locali e delle attrezzature occorrenti per le operazioni di disinfezione e di disinfestazione degli effetti personali e lettereschi, della biancheria e in genere dei materiali infetti, nonché, per il deposito dei disinfettanti e disinfestanti. Le case di cura possono consorziarsi fra di loro per la gestione di stazioni di disinfezione e disinfestazione e, limitatamente a quest'ultima, ricorrere ad appalti esterni.

Il servizio di sterilizzazione è necessario allorché vi siano unità funzionali chirurgiche ed ostetriche e servizi di endoscopia; esso può essere abbinato al

complesso operatorio o può costituire un servizio centralizzato in riservata comunicazione con il complesso operatorio e con il complesso per il parto.

Nelle case di cura unicamente mediche la sterilizzazione di siringhe, provette, pezzi di aspirazione, spirometri ed altre attrezzature può essere assicurata mediante stazioni consorziate e con convenzioni con servizi pubblici di sterilizzazione.

Il servizio mortuario, oltre che presentare locali destinati all'osservazione, al deposito ed alla esposizione delle salme ed un separato accesso dall'esterno, deve essere dotato anche di locali per eventuali riscontri diagnostici anatomo-patologici, ai sensi della [legge 15 febbraio 1961, n. 83](#), ove non s'intenda assolvere a tale adempimento mediante convenzione.

Il servizio farmaceutico in relazione all'entità del numero di posti letto può constare di idonei locali per il deposito di medicinali, dei presidi medico-chirurgici, del materiale di medicazione ecc. oppure può limitarsi ad un armadio farmaceutico.

Il Servizio di assistenza religiosa deve essere assicurato dalla direzione amministrativa per i degenti che ne facciano richiesta.

Il servizio per il pubblico e i ricoverati deve soddisfare le esigenze del pubblico che, per ragioni varie frequenta la casa di cura, nonché dei ricoverati.

I servizi per il personale devono essere costituiti dagli spogliatoi, dalla mensa e dal ristoro, ove previsti dal contratto collettivo nazionale di lavoro.

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

25. Impianti tecnologici.

Gli impianti tecnologici comprendono le attrezzature tecnologiche necessarie per assicurare l'efficiente funzionamento dei servizi ausiliari della casa di cura. Essi dovranno prevedere locali attrezzati per le centrali: termica, idrica, elettrica, telefonica, frigorifera, di condizionamento, di aspirazione e vuoto, di gas medicali, antincendio, ricerca persone, trattamento rifiuti solidi, ecc.

Capo IV - Personale.

26. Personale medico con funzioni igienico-organizzative.

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

I requisiti sono:

anzianità di laurea di 10 anni;

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

almeno 7 anni di servizio presso ospedali pubblici con funzioni di vice direttore sanitario o ispettore sanitario o presso istituti universitari di igiene, di medicina preventiva, di medicina legale, di medicina sociale o cliniche di malattie infettive, oppure quale funzionario medico del Ministero della sanità o delle regioni, ufficiale sanitario o medico igienista con qualifica di dirigente presso comuni o consorzi provinciali o consorzi di comuni con popolazione superiore a 100.000 abitanti oppure almeno 7 anni di servizio in qualità di direttore sanitario responsabile o di vice direttore sanitario presso case di cura private.

I suddetti requisiti possono essere superati ove il medico sia in possesso di idoneità nazionale a direttore sanitario.

Sono esonerati dal possesso dei predetti requisiti i sanitari che alla data dell'entrata in vigore della legge regionale svolgono le funzioni di direttore sanitario responsabile presso le case di cura private.

Nelle case di cura con un numero di posti letto superiori a 90 fino a 150 posti letto le funzioni di cui al primo comma possono essere affidate, in carenza del direttore sanitario, ad un medico responsabile di raggruppamento di unità funzionali o di servizio speciale di diagnosi e cura con rapporto di dipendenza a tempo pieno ed in possesso di specializzazione in igiene o equipollente.

Nelle case di cura con numero di posti letto fino a 90 le funzioni di cui al primo comma possono essere affidate, in carenza del direttore sanitario, ad un medico responsabile di raggruppamento di unità funzionali o di servizio speciale di diagnosi e cura.

Non è consentito svolgere le funzioni di direttore sanitario responsabile di più di una casa di cura.

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

27. *Attribuzioni del direttore sanitario responsabile.*

Il direttore sanitario cura l'organizzazione tecnico-sanitaria della casa di cura privata sotto il profilo igienico ed organizzativo, rispondendone all'amministrazione e all'autorità sanitaria competente.

In particolare il direttore sanitario ha le seguenti 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 apposito registro contenente i dati anagrafici e gli estremi dei titoli professionali del personale addetto ai servizi sanitari;

trasmette annualmente all'autorità sanitaria competente un elenco del personale addetto ai servizi sanitari in servizio al 1° gennaio e di quello convenzionato di cui all'art. 34 e comunica le successive variazioni;

vigila sulla regolare compilazione e tenuta del registro dei parti e degli aborti, del registro degli interventi chirurgici e dell'archivio clinico;

cura la tempestiva trasmissione all'ISTAT e all'autorità sanitaria dei dati e delle informazioni richieste;

stabilisce, in rapporto alle esigenze dei servizi, l'impiego, la destinazione, i turni ed i congedi del personale medico, infermieristico, 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, se del caso, all'amministrazione i provvedimenti disciplinari;

propone all'amministrazione, d'intesa con i responsabili dei servizi, l'acquisto di apparecchi, attrezzature ed arredi sanitari ed esprime il proprio parere in ordine ad eventuali trasformazioni edilizie delle case di cura;

rilascia agli aventi diritto, in base ai criteri stabiliti dall'amministrazione, copia delle cartelle cliniche ed 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 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 ed infermieristica.

28. Assenza o impedimento del 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 temporanei, ed a comunicarne il nominativo all'autorità sanitaria competente.

Detto medico deve possedere almeno uno dei requisiti di cui al precedente art. 26.

29. Personale medico con funzioni di diagnosi e cura.

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

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

In tutte le case di cura deve essere previsto, con rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno o definito, ovvero con rapporto di collaborazione professionale coordinata e continuativa, almeno un medico dirigente responsabile per ciascun raggruppamento di unità di degenza.

Può altresì essere previsto personale medico con funzioni di aiuto e di assistente.

Qualificazione del personale dirigente

30. Personale medico.

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

a) anzianità di laurea di almeno 10 anni;

b) libera docenza o specializzazione nella disciplina delle unità 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 della disciplina generale che lo comprende; ovvero in mancanza, servizio ospedaliero o universitario nelle predette discipline per almeno 7 anni;

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

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

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

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

Qualificazione del personale medico-collaboratore

Medico aiuto:

Il medico con funzione di aiuto deve essere in possesso dei seguenti requisiti:

a) anzianità di laurea di almeno 5 anni;

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

c) servizio ospedaliero o universitario nelle discipline sopra indicate per almeno due anni, ovvero servizio con rapporto di dipendenza prestato nelle discipline stesse in casa di cura privata per almeno tre anni.

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

Medico assistente:

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

31. Personale del servizio di analisi.

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 febbraio 1984](#), pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 55 del 24 febbraio 1984.

32. Personale medico del servizio di radiodiagnostica.

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.

Il dirigente del servizio di radiognostica 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.

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

33. *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 e a specialità chirurgiche.

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

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

34. *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, in conformità a quanto previsto nei contratti e negli accordi collettivi nazionali di lavoro; il personale medico comunque impiegato in casa di cura non può avere un impegno orario settimanale inferiore a quello previsto per il tempo definito. 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 assunti «*ad hoc*», quest'ultimi debbono possedere i requisiti previsti per gli assistenti.

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.

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

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

- 1) il tipo di rapporto convenzionato (saltuario, a tempo parziale, etc);
- 2) la durata del rapporto stesso;
- 3) la natura dell'attività professionale che il medico convenzionato è tenuto a svolgere;
- 4) 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;
- 5) i termini per la reperibilità e pronta disponibilità del medico convenzionato.

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

Tutti i sanitari sono tenuti alla reciproca consulenza.

35. Cartelle cliniche.

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, la terapia, gli esiti e i postumi.

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. 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.

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

36. Personale infermieristico, tecnico, esecutivo ed amministrativo.

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

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

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

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

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

La casa di cura deve inoltre garantire la presenza in servizio di:

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

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

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

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

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.

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

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

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

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

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

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

37. La casa di cura ha l'obbligo di comunicare preventivamente agli assistiti l'importo delle tariffe delle prestazioni sanitarie ed alberghiere praticate.

38. *Termini per l'adempimento.*

Le regioni nell'ambito della propria autonomia fissano i termini per l'adempimento delle prescrizioni da esse dettate sulla base degli indirizzi contenuti nel presente provvedimento. In ogni caso tale termine non potrà andare oltre il 31 dicembre 1989 ⁽³⁾.

(3) Termine differito al 31 dicembre 1990 dal [D.P.C.M. 2 marzo 1990](#) (Gazz. Uff. 7 marzo 1990, n. 55).

39. *Deroghe alle caratteristiche strutturali e dimensionali.*

Per le case di cura in esercizio alla data di entrata in vigore del presente atto di indirizzo, le leggi regionali prevedono deroghe ai requisiti strutturali, con specifico riguardo all'area ed alle dimensioni dei corridoi e delle scale, laddove non sia compromessa la funzionalità e l'efficienza delle strutture e dei servizi in relazione alla loro specifica finalità.
