

DECRETO MINISTERIALE 5 agosto 1977.

Revisione generale delle autorizzazioni all'imbarco quale medico di bordo, rilasciate fino al mese di dicembre 1972.

IL MINISTRO PER LA SANITA'

Visto il regolamento per la sanità marittima, approvato con regio decreto 29 settembre 1895, n. 636, e successive modifiche;

Ritenuto di dover procedere ad una revisione delle autorizzazioni all'imbarco di medico di bordo;

Decreta:

Art. 1.

E' indetta la revisione generale delle autorizzazioni all'imbarco quale medico di bordo rilasciate fino al mese di dicembre 1972.

Art. 2.

I sanitari interessati dovranno presentare o far pervenire entro il termine di centottanta giorni, che decorre dal giorno successivo a quello di pubblicazione del presente decreto nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica, al Ministero della sanità - Direzione generale servizi igiene pubblica - Divisione II - Via Liszt, 34 - Roma, domanda redatta sulla prescritta carta da bollo, con la esatta indicazione del domicilio o recapito.

Le domande si considerano prodotte in tempo utile anche se spedite a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento entro il termine indicato. A tal fine fa fede il timbro a data dell'ufficio postale ricevente.

Nella domanda l'interessato dovrà dichiarare sotto la propria responsabilità:

- a) di essere cittadino italiano;
- b) di godere dei diritti politici;
- c) di essere iscritto in un albo dell'ordine dei medici chirurghi con l'indicazione della provincia e del numero di iscrizione.

La domanda dovrà essere corredata dai seguenti documenti:

- 1) decreto di autorizzazione all'imbarco come medico di bordo;
- 2) certificato di buona condotta rilasciato dal sindaco del Comune di residenza su carta da bollo;
- 3) certificato penale su carta da bollo.

I certificati di cui ai numeri 2) e 3), se non prodotti spontaneamente dagli interessati, verranno richiesti d'ufficio;

4) certificato medico, su carta da bollo rilasciato dal medico di porto o da un medico provinciale attestante l'idoneità fisica della gente di mare.

I certificati di cui sopra dovranno essere rilasciati in data non anteriore a tre mesi da quello di pubblicazione del presente decreto nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica, ad eccezione del certificato medico che dovrà essere rilasciato in data non anteriore ad un mese.

Roma, addì 5 agosto 1977

Il Ministro: DAL FALCO

(9175)

DECRETO MINISTERIALE 5 agosto 1977.

Determinazione dei requisiti tecnici sulle case di cura private.

IL MINISTRO PER LA SANITA'

Visto l'art. 51 della legge 12 febbraio 1969, n. 132, concernente la determinazione dei requisiti sulle case di cura private;

Visto l'art. 6 del decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1972, n. 4, che riserva allo Stato la normativa tecnica relativa alle case di cura private;

Udito il parere del Consiglio superiore di sanità;

Udito il parere del Consiglio di Stato, sezione II, 8 marzo 1977, n. 1707/75;

Ritenuto di approvare le norme relative alla determinazione dei requisiti tecnici sulle case di cura private;

Decreta:

Art. 1.

E' approvato l'allegato provvedimento, relativo alla determinazione dei requisiti tecnici sulle case di cura private, composto di quarantaquattro articoli.

Art. 2.

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica ed entrerà in vigore lo stesso giorno della pubblicazione.

Roma, addì 5 agosto 1977

Il Ministro: DAL FALCO.

DETERMINAZIONE DEI REQUISITI SULLE CASE DI CURA PRIVATE, AI SENSI DELL'ART. 51 DELLA LEGGE 12 FEBBRAIO 1969, N. 132 E DELL'ART. 6 DEL DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 14 GENNAIO 1972, N. 4.

Capitolo I

GENERALITÀ

Art. 1.

Definizione

Agli effetti delle presenti norme sono case di cura private gli stabilimenti sanitari gestiti da privati, persone fisiche o giuridiche, che provvedono al ricovero di cittadini italiani o stranieri ai fini diagnostici, curativi o riabilitativi.

Art. 2.

Autorizzazione all'apertura

L'autorizzazione all'apertura di case di cura private ed all'ampliamento o trasformazione delle medesime viene rilasciata dai competenti organi regionali, ai sensi dell'art. 1 del decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1972, n. 4, secondo le modalità di cui all'art. 52 della legge 12 febbraio 1969, n. 132 e nel rispetto delle norme stabilite dal presente decreto.

In caso di inadempienze alle disposizioni di legge e alle condizioni inserite nell'atto di autorizzazione, i competenti organi regionali possono diffidare il titolare della casa di cura ad eliminarle, entro un congruo termine tassativo. Trascorso detto termine viene ordinata la chiusura della casa stessa, 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.

Art. 3.

Tipologia delle case di cura

Le case di cura si distinguono in:

a) case di cura medico-chirurgiche generali (che ricoverano ammalati di forme morbose pertinenti alla medicina generale, alla chirurgia generale ed a specialità mediche e chirurgiche);

b) case di cura mediche (che ricoverano ammalati di forme morbose pertinenti alla medicina generale ed a specialità mediche);

c) case di cura chirurgiche (che ricoverano ammalati di forme morbose pertinenti alla chirurgia generale ed a specialità chirurgiche);

d) case di cura polispecialistiche (che ricoverano ammalati di forme morbose pertinenti a due o più specialità, tutte rientranti nell'ambito della medicina generale oppure della chirurgia generale);

e) case di cura monospecialistiche (che ricoverano ammalati di forme morbose pertinenti ad una sola specialità, medica o chirurgica);

f) case di cura ad indirizzo particolare (neuropsichiatriche, sanatoriali, preventoriali, per la riabilitazione funzionale, etc.).

Le norme stabilite dal presente decreto si applicano a tutte le case di cura private, salvo quanto previsto specificamente da singoli articoli per determinati tipi di esse.

La capacità ricettiva minima delle case di cura private è fissata come segue:

per le case di cura medico-chirurgiche generali: 150 posti-letto;

per le altre case di cura: 50 posti-letto.

Capitolo II

NORME COSTRUTTIVE

Art. 4.

Progettazione

Ogni progetto per la costruzione, l'ampliamento e la trasformazione di case di cura private, redatto da un ingegnere o architetto, deve essere approvato dai competenti organi regionali, fatta salva l'osservanza delle norme edilizie comunali, e deve essere corredato dagli elaborati grafici comprendenti tutti gli elementi orografici, architettonici, costruttivi, impiantistici e strutturali esecutivi.

Il progetto deve, inoltre, 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 la 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.

Art. 5.

Area

La scelta dell'area deve avvenire nel rispetto delle norme urbanistiche emanate dalle competenti autorità.

La casa di cura deve essere ubicata in zona salubre, esente da inquinamenti atmosferici, da rumorosità moleste e da ogni altra causa di malsania ambientale.

La superficie totale dell'area, fatte salve le prescrizioni per alcuni tipi di case di cura di cui agli articoli 35, 36, 37 del presente decreto, non deve essere inferiore a 100 metri quadrati per posto-letto. La superficie coperta del piano terreno non deve essere superiore ad un quinto dell'area totale.

Almeno 15 metri quadrati per posto-letto devono essere destinati a parco e giardino, e comunque devono essere previste aree riservate al parcheggio delle autovetture in misura non inferiore a 1 metro quadrato ogni 15 metri cubi costruiti fuori terra.

Art. 6.

Approvvigionamento idrico

La dotazione idrica delle case di cura non deve essere inferiore a 300 litri di acqua potabile al giorno per posto-letto; la tale dotazione è escluso il fabbisogno non destinato alle libere esigenze umane (impianto di riscaldamento, giardinaggio, etc.).

La casa di cura deve essere dotata di una riserva di acqua potabile non inferiore a 500 litri per posto-letto, realizzata mediante serbatoi nei quali sia assicurato un sufficiente ricambio giornaliero.

Art. 7.

Smaltimento dei rifiuti solidi

Il direttore sanitario provvede a che i rifiuti solidi che costituiscono pericolo d'infezione (bende, piccoli pezzi anatomici, etc.) siano inceneriti nell'ambito della casa di cura.

I rifiuti solidi che non costituiscono pericolo di infezione sono smaltiti a cura del competente servizio comunale.

La raccolta dei rifiuti deve essere effettuata a mezzo di contenitori a perdere. Per quanto riguarda le caratteristiche dei camini, ed 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 decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1970, n. 1391.

Art. 8.

Smaltimento dei rifiuti liquidi

I liquami devono essere convogliati in una fognatura razionale 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 biologica, 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. 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 14 gennaio 1972, n. 4 ed in conformità del decreto del Presidente della Repubblica 13 febbraio 1964, n. 185.

Art. 10.

Caratteristiche costruttive e requisiti delle camere di degenza

Lo sviluppo in altezza e i distacchi dei fabbricati devono essere conformi alle norme stabilite dagli strumenti urbanistici e dai regolamenti locali.

In tutti gli ambienti destinati alla degenza ed al soggiorno dei ricoverati deve essere assicurata l'illuminazione naturale, mediante finestre apribili all'esterno, e una adeguata aerazione.

Negli edifici a più di un piano devono essere previsti elevatori in numero adeguato ai flussi di traffico e comunque separati per lettighe ed ammalati, per personale e visitatori, per materiale pulito e vitto, per materiale sporco.

I corridoi destinati al transito dei ricoverati devono essere larghi almeno m. 2,30; quelli destinati ad altri servizi almeno m. 2.

Devono essere previste scale a tenuta di fumo per la evacuazione rapida dei malati e del personale. Tali scale devono essere raggiungibili da qualunque settore della casa di cura in caso di emergenza.

In tutte le scale le alzate non devono essere superiori a cm. 16 con pedate in relazione; le rampe devono essere rettilinee e i pianerottoli rettangolari, di larghezza non inferiore a m. 1,60, per consentire il transito con barelle.

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

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

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

Salvo quanto previsto nel successivo art. 33 per le unità di pediatria, nelle camere di degenza la superficie del pavimento non deve essere inferiore a 7 metri quadrati per letto nelle camere a più letti e a 12 metri quadrati nelle camere ad un letto.

In ogni camera di degenza non devono comunque essere collocati più di 4 letti.

I locali del piano seminterrato e del piano rialzato devono avere un'altezza minima di m. 3,20.

Le camere di degenza non possono essere ubicate nel piano seminterrato e, per i piani superiori a quello rialzato, devono avere un'altezza minima di m. 2,70.

La superficie complessiva delle finestre delle camere di degenza deve essere non inferiore ad 1/8 della superficie del pavimento, con un minimo utile di 2 metri quadrati.

Art. 11.

Condizioni microclimatiche

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

Devono osservarsi i seguenti limiti dei fattori microclimatici: nelle sale di degenza e di soggiorno temperatura dell'aria non inferiore a 20° C con numero di ricambi d'aria non inferiore a 2 all'ora;

nelle sale di visita e di medicazione temperatura dell'aria non inferiore a 22° C, con un numero minimo di ricambi di aria di 3 all'ora;

nei locali di servizio (servizi igienici, cucinette, etc.) temperatura dell'aria tra 17° e 19° C con un numero minimo di ricambi d'aria di 4 all'ora.

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

I valori della temperatura, della umidità relativa, del numero dei ricambi orari, devono essere determinati in funzione delle esigenze specifiche del servizio a cui l'impianto è destinato.

Devono essere esclusi dal riscaldamento i locali di deposito dei medicinali, del materiale sporco e dei rifiuti.

Art. 12.

Impianti elettrici

La casa di cura deve essere dotata di dispositivi ed impianti di sicurezza e di emergenza atti a garantire, in caso di interruzione dell'alimentazione elettrica esterna, l'automatica ed immediata disponibilità di energia elettrica adeguata ad assicurare almeno il funzionamento delle attrezzature e servizi che non possono rimanere inattivi neppure per brevissimo tempo (tra cui complessi operatori, sale da parto, rianimazione, terapia intensiva, reparto immaturi, emoteca) nonché un minimo di illuminazione negli altri ambienti.

In ogni camera di degenza devono essere predisposte la opportuna illuminazione generale notturna e per singolo posto letto. Accanto ad ogni letto devono trovarsi una presa di corrente ed un dispositivo acustico-luminoso per la chiamata del personale.

Art. 13.

Impianto idrico-sanitario

Ai fini delle presenti norme s'intende per servizio igienico il complesso costituito da un lavabo, un bidet, una tazza, con apparecchi igienici di tipo «clinico», ed una doccia.

Ogni casa di cura deve essere dotata di almeno un servizio igienico ogni 4 posti-letto e di una vasca da bagno ogni 30 posti-letto. Vanno inoltre previsti adeguati servizi per il personale.

Quando il servizio igienico comunichi direttamente con il corridoio, deve prevedersi un'antilatrina munita di lavabo.

Più latrine possono avere in comune una sola antilatrina munita di un adeguato numero di lavabi.

Di norma le latrine debbono essere naturalmente aerate ed illuminate, è consentito l'uso di latrine aerate ed illuminate artificialmente a condizione che ciascuna di esse sia provvista di una autonoma canna di aspirazione forzata.

Ogni apparecchio destinato alla pulizia personale deve essere munito di gruppo miscelatore di acqua calda e fredda.

Tutti i locali devono essere muniti di chiusino idraulico a pavimento per lo smaltimento delle acque di lavaggio.

Devono essere previste reti di ventilazione primaria e secondaria delle colonne di scarico.

Art. 14.

Impianti di distribuzione dei gas medicali

Nelle case di cura che ricoverano ammalati di pertinenza chirurgica e comunque in quelle con oltre 150 posti-letto la distribuzione dei gas medicali deve essere effettuata con impianto centralizzato e le relative tubazioni devono essere ubicate in apposite e distinte sedi, facilmente ispezionabili, realizzate con accorgimenti atti ad evitare erronei collegamenti, e senza interferenze con altre reti.

La centrale di distribuzione deve essere idoneamente ubicata e protetta contro l'eccessivo riscaldamento e le accidentali manomissioni.

Il deposito dei gas medicali e dei contenitori di ossigeno liquido deve avvenire in vano apposito e protetto e deve soddisfare tutte le prescrizioni di legge.

Art. 15.

Protezione dalle 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 decreto del Presidente della Repubblica 13 febbraio 1964, n. 185.

Capitolo III

REQUISITI DI CARATTERE TECNICO-SANITARIO

Art. 16.

Requisiti generali

Ogni casa di cura privata, oltre a soddisfare alle esigenze dell'igiene e della tecnica ospedaliera, deve constare di uno o più edifici ad uso esclusivo.

Devono sussistere almeno i seguenti locali e servizi:

- a) servizio accettazione;
- b) camere di degenza distinte a seconda della natura delle prestazioni, del sesso ed età dei malati;
- c) locali di soggiorno e di attesa;
- d) locali e servizi per l'isolamento temporaneo degli ammalati di forme diffuse;
- e) servizio di radiodiagnostica;
- f) laboratorio di analisi;
- g) emoteca, ai sensi della legge 14 luglio 1967, n. 592, e del relativo regolamento di attuazione, con particolare riguardo agli articoli dal 38 al 43;
- h) servizio di lavanderia e disinfezione, d'incenerimento rifiuti solidi, cucina, dispensa, guardaroba, fardelleria;
- i) servizio mortuario;
- l) servizio di assistenza religiosa;
- m) attrezzatura tecnica ed impianti tecnologici idonei in relazione alla attività esercitata;
- n) locali per la direzione sanitaria e per quella amministrativa;
- o) stanza con servizi igienici per il medico di guardia, ed eventualmente per l'ostetrica di guardia.

Art. 17.

Servizi della casa di cura

I servizi della casa di cura privata si distinguono in:

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

Art. 18.

Direzione sanitaria

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

Art. 19.

Attribuzione del direttore sanitario responsabile

Il direttore sanitario responsabile della casa di cura privata, oltre ad assolvere ai compiti previsti dall'art. 53 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, 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'Ufficio del medico provinciale un elenco del personale addetto ai servizi sanitari in servizio al 1° gennaio e di quello convenzionato di cui all'art. 28 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'I.S.T.A.T. 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, 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, 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.

La direzione sanitaria deve comprendere locali e servizi adeguati all'espletamento delle attività ad essa connesse.

Art. 20.

Servizi di diagnosi e cura

Ogni casa di cura deve disporre dei seguenti servizi di diagnosi e cura:

a) *Accettazione:*

consiste di locali per la prima visita e la registrazione, e per la eventuale temporanea osservazione dei malati. Deve essere direttamente accessibile all'esterno anche da parte di barellati e deve essere collegata con il pronto soccorso, eventualmente esistente in rapporto al disposto del successivo art. 21.

Le regioni, nell'ambito delle convenzioni di cui all'art. 18 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito con legge 7 agosto 1974, n. 386, possono chiedere l'istituzione presso le case di cura private di un servizio ambulatoriale.

Esso deve essere costituito da separati locali per la visita, per i medici, per il lavoro del personale di assistenza, per l'attesa, e disporre di servizi igienici.

Vanno evitate barriere architettoniche per l'accesso all'accettazione, al pronto soccorso ed al servizio ambulatoriale.

b) *Servizio di diagnostica radiologica:*

deve consistere di almeno 2 sale di accertamento diagnostico radiografico adiacenti ai locali eventualmente occorrenti per lo sviluppo del materiale sensibile e per la preparazione dei mezzi di contrasto. Debbono essere disponibili appositi locali per la lettura e la ripartizione dei radiogrammi, l'archivio, il deposito di materiale, il personale, nonché per l'attesa ed i servizi igienici. Il servizio deve essere facilmente accessibile agli ammalati sia interni che esterni.

Analoghi criteri vanno seguiti nell'organizzazione di un eventuale servizio di terapie fisiche.

c) *Attrezzature:*

devono essere disponibili attrezzature per le indagini più comuni di fisiopatologia cardiovascolare e respiratoria.

d) *Servizio di analisi:*

deve consistere di locali separati per l'attesa, il prelievo, le analisi chimico-cliniche e batteriologiche nonché per il lavaggio ed il deposito del materiale, l'archivio, e di servizi igienici.

e) *Complessi operatori* (per le case di cura che ricoverano ammalati chirurgici):

un gruppo operatorio, costituito da due sale operatorie, deve servire non più di 100 posti-letto di malati chirurgici.

Altri elementi costitutivi indispensabili di ogni complesso operatorio, per interventi chirurgici generali o di specialità, sono:

un locale per la preparazione degli operandi;

un locale per la preparazione dei chirurghi e del personale ausiliario;

un locale per il lavaggio e la sterilizzazione del materiale chirurgico;

una sala gessi;

un locale per il risveglio e l'osservazione degli operati;

un deposito per l'armamentario e per il materiale di medicazione (collegato con la sterilizzazione);

uno spogliatoio per i medici;

uno spogliatoio per il personale ausiliario;

un locale per ricerche diagnostiche estemporanee;

servizi igienici;

un locale di raccolta per la biancheria usata ed i rifiuti.

La larghezza e la lunghezza di ogni sala operatoria non devono essere inferiori a m. 6.

f) *Gruppo parto* (per le case di cura che svolgono attività ostetrica):

deve comprendere: due sale da parto, con adeguato numero di locali per il travaglio, locali idonei per la prima assistenza ai neonati, la preparazione del medico e del personale ausiliario, il deposito di materiale.

Deve essere previsto un gruppo da parto ogni 40 posti-letto di ostetricia, acusticamente isolato e ben collegato con le degenze di ostetricia, con il gruppo operatorio e con l'impianto di sterilizzazione.

g) *Locali e servizi per l'isolamento temporaneo degli ammalati di forme diffuse:*

devono essere strutturati in stanze ad un letto con ingresso separato da quello destinato agli altri ammalati, con servizi igienici indipendenti e con zona filtro.

Art. 21.

Servizio di pronto soccorso

La regione, nell'ambito delle convenzioni di cui all'art. 18 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito con legge 18 agosto 1974, n. 386, può chiedere l'istituzione presso le case di cura private di un servizio continuo di pronto soccorso, coordinato, su prescrizione del piano regionale, con gli altri presidi sanitari locali.

Ciascuna casa di cura privata è tenuta comunque ad assicurare le prime cure a malati o feriti che necessino di immediata assistenza, disponendone poi, se del caso, il trasferimento mediante autoambulanza ad un ospedale pubblico adeguato alle loro esigenze assistenziali.

Art. 22.

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 l'anno, ai sensi dell'art. 139 del regolamento generale sanitario (regio decreto 3 febbraio 1901, n. 45, modificato con regio decreto 6 dicembre 1928, n. 3112), alla generale disinfezione o ripulitura degli ambienti e relativi arredi, nonché alla loro manutenzione.

Art. 23.

Degenze

Ogni casa di cura deve essere articolata in unità di degenza.

L'unità di degenza, corrispondente alla sezione ospedaliera, comprende un numero di posti-letto non superiore a 30.

Le unità di degenza debbono essere aggregate fra di loro per branche affini (medicina e specialità mediche, chirurgia e specialità chirurgiche, etc.), in raggruppamenti, corrispondenti alle divisioni ospedaliere, che devono comprendere non meno di 50 e non più di 100 posti-letto, ovvero non meno di 30 e non più di 80 per le specialità.

Nelle case di cura sanatoriali, preventoriali o comunque esclusivamente destinate al ricovero di forme morbose non acute, nonché in altre ad indirizzo particolare (centri di recu-

pero e riabilitazione funzionale, climatiche, termali e simili), il raggruppamento, corrispondente alla divisione ospedaliera, deve comprendere non meno di 80 e non più di 120 posti letto.

Ogni 30 posti letto devono essere previste almeno due camere ad un letto, con annessi servizi igienici, per l'eventuale separazione di ricoverati.

Ogni unità di degenza deve comprendere almeno:

- un locale di lavoro per il personale di assistenza infermieristica;
- un locale per visita e medicazione;
- un locale per il deposito delle padelle dotato di smaltitoio;
- un servizio igienico per il personale;
- un locale per la distribuzione del vitto con cucinetta;
- un locale di soggiorno;
- un ripostiglio per il materiale di pulizia.

E' consentito che non più di due unità di degenza abbiano in comune alcuni dei locali sopra menzionati (cucinetta, ripostiglio, servizio igienico del personale).

Ogni raggruppamento di unità di degenza deve comprendere almeno:

- un locale per la caposala, con annessi depositi del materiale pulito e dei medicinali;
- una camera per i medici con annesso servizio igienico;
- uno spogliatoio per il personale di assistenza.

In ogni caso deve essere previsto in ciascun piano di degenza un locale per la visita e medicazione, un locale per il personale di assistenza con relativi servizi igienici, una cucinetta, ed una sala per i visitatori e per il soggiorno degli ammalati.

Art. 24.

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, dovranno portare un numero progressivo ed essere conservate a cura della direzione sanitaria.

In caso di cessazione dell'attività della casa di cura le cartelle cliniche dovranno essere depositate presso l'ufficio comunale o consorziale di igiene.

Art. 25.

Servizi generali

Ogni casa di cura deve essere dotata dei seguenti servizi generali:

a) Cucina:

comprende locali separati per ricevere e controllare gli alimenti e le bevande, per la loro conservazione; per la preparazione, cottura e confezione dei pasti; per il lavaggio ed il deposito delle stoviglie e dei carrelli.

Per il personale addetto devono essere disponibili locali per gli spogliatoi e servizi igienici.

Le pareti devono essere ricoperte fino a m. 2 con materiale lavabile, impermeabile e resistente alle sollecitazioni meccaniche.

Devono essere installati adeguati impianti per la captazione di fumi, vapori ed odori nei punti di produzione e per la loro pronta eliminazione.

b) Lavanderia:

comprende locali ben aerati ed illuminati per la raccolta e la cernita della biancheria e di altri effetti sporchi, per il lavaggio, l'asciugatura, il rammendo, la stiratura, il deposito della biancheria e degli altri effetti puliti, il deposito per i detersivi ed il materiale d'uso, nonché spogliatoi e servizi igienici per il personale.

I locali devono essere attrezzati per la pronta captazione ed eliminazione di vapori, polveri ed odori.

E' consentito che la casa di cura provveda a far eseguire il lavaggio di biancheria non infetta da impianti esterni, purché questa vi sia trasferita in sacchi impermeabili ed a chiusura ermetica. Deve comunque essere previsto un locale di deposito dei sacchi di biancheria sporca.

E' vietato far eseguire il lavaggio di biancheria infetta presso impianti esterni. Questa deve essere sempre bonificata e lavata presso la casa di cura.

c) Disinfezione e disinfestazione:

consiste di locali destinati al trattamento degli effetti personali e lettereci, della biancheria e in genere dei materiali infetti, nonché al deposito dei disinfettanti.

Il servizio deve essere dotato delle attrezzature occorrenti per le operazioni di disinfezione e di disinfestazione.

Deve essere assicurata una netta separazione tra zone infette e zone non infette, le quali devono comunicare tra loro esclusivamente tramite gli apparecchi di trattamento. L'accesso alla zona infetta deve avvenire attraverso apposito filtro, dotato di servizi igienici per il personale.

d) Sterilizzazione:

devono essere previste due zone nettamente separate: una destinata al ricevimento, lavaggio e confezionamento del materiale da trattare; l'altra al deposito ed alla distribuzione del materiale sterile.

e) Servizio mortuario:

consiste di locali esclusi alla vista dei degenti e dei visitatori, con separato accesso dall'esterno, destinati alla osservazione, al deposito ed alla esposizione delle salme, nonché ad eventuali riscontri diagnostici anatomico-patologici, ai sensi della legge 15 febbraio 1961, n. 83.

f) Servizio farmaceutico:

appositi locali devono essere destinati a deposito dei medicinali, dei presidi medico-chirurgici, del materiale di medicazione e degli altri materiali di competenza.

g) Assistenza religiosa:

la direzione sanitaria provvede ad assicurare il servizio di assistenza religiosa per coloro che ne facciano richiesta.

Capitolo IV

PERSONALE

Art. 26.

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 dipendente, a tempo pieno o definito, almeno nelle seguenti proporzioni: un medico dirigente responsabile ed un medico con funzioni di aiuto per ciascun raggruppamento di unità di degenza, corrispondente ad una divisione ospedaliera, ed un medico con funzioni di assistente per ogni unità di degenza.

Resta salvo il rapporto convenzionale previsto dal terzo comma n. 1) dell'art. 28.

Art. 27.

Qualificazione del personale medico

I medici, che dirigono raggruppamenti di unità di degenza e che hanno la direzione del servizio di analisi, o del servizio di radiologia, o del servizio di anestesia e rianimazione, devono essere in possesso della corrispondente idoneità nazionale a primario ospedaliero, prevista dal decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 130, e successive modificazioni e integrazioni, oppure devono aver ricoperto posti di primario prima della entrata in vigore del predetto decreto oppure essere medici universitari.

Nel caso che i raggruppamenti comprendano unità di degenza di più specialità, la idoneità deve essere posseduta nella disciplina madre (ad es.: idoneità a primario di chirurgia generale se le unità di degenza sono a carattere ortopedico e ostetrico).

I medici che hanno la direzione del servizio di radiologia e del servizio di anestesia e rianimazione, devono essere anche in possesso della relativa specializzazione.

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

Sono esonerati dal requisito dell'idoneità a primario nella disciplina i medici che, alla data di entrata in vigore del presente decreto svolgono 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 marzo 1969, n. 130, con la integrazione al primo comma del servizio prestato nelle case di cura private.

Art. 28.

Regolamento dell'attività medica

Il regolamento interno deve indicare le attribuzioni, i compiti e le responsabilità di ciascun medico, nonchè l'orario di lavoro ed i criteri secondo cui vanno stabiliti i turni di servizio.

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

In tal caso, fermo restando l'obbligo per la casa 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 convenzionale (saltuario, a tempo parziale, etc.);
- 2) la durata del rapporto stesso;
- 3) la natura dell'attività professionale che il medico convenzionale è tenuto a svolgere;
- 4) le attribuzioni e funzioni del medico convenzionato per quanto concerne la diagnosi e la cura dei ricoverati, in rapporto alle responsabilità dei medici dipendenti;
- 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.

Art. 29.

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 assicurare un tempo minimo di assistenza effettiva per malato di 120 minuti nelle 24 ore.

Essa deve comunque essere tale da garantire nei due turni diurni la continua presenza di almeno:

- a) una caposala 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 10 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 15 posti-letto ed una ostetrica ogni 10 posti-letto in più;
- c) puericultrici nella proporzione di una ogni 5 culle per neonato.

La dotazione organica del personale esecutivo deve prevedere la continua presenza nei due turni diurni, di una unità ogni 15 posti-letto.

Per l'assistenza ai neonati immaturi, deve essere prevista una adeguata dotazione organica di vigilatrici di infanzia e di infermieri professionali specializzati in pediatria, in numero tale da assicurare un minimo di assistenza pari a 420 minuti per ogni neonato immaturo nelle 24 ore.

Nelle ore notturne deve essere garantita la presenza di personale sanitario ausiliario ed esecutivo nella proporzione di almeno un terzo delle unità prescritte per il servizio diurno; deve comunque essere presente almeno un infermiere professionale ogni 100 posti-letto o frazione.

Art. 30.

Personale medico del servizio di analisi

Nelle case di cura medico-chirurgiche generali, e nelle altre case di cura la cui ricettività non sia inferiore a 150 posti-letto, deve essere previsto un posto di medico dirigente del servizio di analisi con rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno o definito.

I competenti organi regionali, in sede di autorizzazione all'apertura ai sensi dell'art. 2 del presente decreto, possono consentire — in relazione alla natura dell'attività svolta ed al carico di lavoro del servizio — che le case di cura, la cui ricettività sia inferiore a 150 posti-letto affidino, mediante convenzione, la direzione del servizio di analisi ad un medico in possesso dei requisiti di cui all'art. 27.

In tutte le case di cura private deve essere comunque previsto almeno un posto di medico con funzioni di assistente addetto al servizio di analisi con rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno o definito. Inoltre le case di cura private con ricettività superiore a 150 posti-letto e, comunque quando il servizio di analisi estenda la sua attività in particolari settori specialistici o per conto terzi esterni, devono adeguare il proprio personale a tali esigenze, prevedendo anche posti in organico per biologi, chimici e fisici, oppure rapporti convenzionali coi medesimi.

Art. 31.

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 150 posti-letto, deve essere previsto un posto di medico dirigente del servizio di radiodiagnostica con rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno o definito.

I competenti organi regionali, in sede di autorizzazione all'apertura ai sensi dell'art. 2 del presente decreto, possono consentire — in relazione alla natura dell'attività svolta ed al carico di lavoro del servizio — che le case di cura la cui ricettività sia inferiore a 150 posti-letto, affidino, mediante convenzione, la direzione del servizio di radiodiagnostica ad un medico in possesso dei requisiti di cui all'art. 27.

In tutte le case di cura private deve essere comunque previsto almeno un posto di medico con funzioni di assistente radiologo per il servizio di radiodiagnostica con rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno o definito.

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

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

Art. 32.

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 o con rapporto convenzionale, ed almeno l'assistente, dotato di specializzazione nella disciplina, ogni 80 posti-letto di chirurgia o 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.

Capitolo V

REQUISITI, ATTREZZATURE E SERVIZI DI UNITÀ DI DEGENZA A CARATTERE SPECIALISTICO E DI CASE DI CURA AD INDIRIZZO SPECIALISTICO

Art. 33.

Pediatria

Le camere di degenza devono avere la parete che le separa dal corridoio prevalentemente vetrata in modo da consentire la continua e completa sorveglianza dei degenti. Le unità di degenza devono disporre di spazi di soggiorno e svago, coperti e scoperti, ad uso esclusivo dei bambini e proporzionati al loro numero.

Nell'unità di degenza pediatrica deve realizzarsi la separazione fra divezzi e lattanti.

La superficie del posto-letto non deve essere inferiore a 5 metri quadrati per stanze a più letti e a 9 metri quadrati per stanze ad un letto (senza accompagnatore).

Anche quando sia prevista l'assistenza ai neonati immaturi in appositi presidi di cure intensive, devono essere sempre disponibili almeno due termoculle portatili per l'eventuale immediato trasferimento alla più prossima unità di cura intensiva per immaturi, a mezzo di autoambulanze idoneamente attrezzate.

Le unità pediatriche devono essere dotate di adeguato lacterium.

Devono provvedersi gli apprestamenti necessari per il pernottamento delle madri dei ricoverati di età inferiore ai 6 anni e dei soggetti particolarmente bisognosi dell'assistenza materna.

Per i locali, per i serramenti, per gli impianti e per gli arredi devono essere adottate misure di sicurezza per evitare incidenti dovuti all'imprudenza dei bambini.

Art. 34.

Ostetricia

In tutte le case di cura provviste di unità di degenza di ostetricia deve essere istituito un servizio con degenza di assistenza neonatale.

Art. 35.

Case di cura sanatoriali

Le case di cura sanatoriali devono essere ubicate in località con idonee caratteristiche climatiche e riparate dai venti dominanti; gli edifici devono essere ampiamente soleggiati.

La superficie totale dell'area non deve essere inferiore a 300 metri quadrati per posto-letto.

L'area non occupata dall'edificio deve essere prevalentemente destinata a parco alberato, accessibile ai ricoverati.

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

Le case di cura per forme polmonari ed extrapolmonari devono assicurare una netta separazione tra i due settori.

Art. 36.

Case di cura preventoriali e preventori vigilati

I preventori vigilati, per minori fino a 12 anni e adolescenti dai 12 ai 18 anni, devono avere sede in località con adatto clima e riparata dai venti dominanti, e la superficie totale dell'area non deve essere inferiore a 200 metri quadrati per posto-letto. L'area non occupata dall'edificio deve essere destinata prevalentemente a campi di gioco, zone erbose e zone alberate.

Le camere di degenza, distinte per classi di età e, oltre i 6 anni di età, per sesso, devono essere integrate da adeguate stanze di soggiorno e ricreazione, da refettori, da sala visita, da aule scolastiche con la attrezzatura e con gli altri requisiti previsti dalle norme vigenti in materia.

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

Art. 37.

Case di cura neuropsichiatriche

Le case di cura neuropsichiatriche devono disporre di una superficie totale dell'area non inferiore a 200 metri quadrati per posto-letto, di cui almeno 100 metri quadrati non coperti da costruzioni, per attività sportiva, viabilità, parcheggi e verde.

Le case di cura neuropsichiatriche devono possedere:

locali ed attrezzature per la raccolta e la elaborazione dei dati necessari ai fini psico-medico-sociali;

locali ed attrezzature per interviste a scopo diagnostico e per gli interventi psicoterapeutici individuali e di gruppo;

strutture da adibire per i trattamenti di «ospedale diurno» e di «ospedale notturno» in collegamento funzionale con le attività ambulatoriali ed i servizi extraospedalieri socio-sanitari e di igiene mentale.

Il laboratorio di analisi deve essere attrezzato per le ricerche chimico-cliniche, ematologiche, microbiologiche e sierologiche peculiari della specialità.

Le case di cura devono disporre tra l'altro della attrezzatura necessaria per gli esami di neurofisiopatologia con apparecchi per elettroencefalografia, elettrodiagnostica ed elettroterapia.

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

Ai fini del ricovero dei pazienti che rientrano nell'art. 1 della legge 14 febbraio 1904, n. 36 e nell'art. 4 della legge 18 marzo 1968, n. 431, le case di cura devono essere anche in possesso dell'autorizzazione e dei requisiti previsti dalla vigente legislazione.

Le principali strutture della casa di cura neuropsichiatrica debbono essere adatte a consentire la vita giornaliera degli infermi in un adatto clima di sociopsicoterapia e secondo un sistema di comunità terapeutica. La separazione dei sessi, che deve essere prescritta nei locali di ricovero, di trattamento e di riposo, deve essere evitata negli altri ambienti comunitari.

Devono essere previsti locali ed attrezzature, oltre a quelli destinati ai servizi generali ed a quelli sopraccitati:

- per i trattamenti terapeutici intensivi;
- per la sociopsicoterapia;
- per la ludoterapia;
- per la terapia occupazionale;
- per il servizio di assistenza sociale.

Art. 38.

Adeguamento dei servizi generali e dei servizi di diagnosi e cura per particolari tipi di case di cura

I competenti organi regionali, in sede di autorizzazione, ai sensi dell'art. 2 del presente decreto, possono consentire alle case di cura private la cui recettività sia inferiore ai 100 posti-letto deroghe alle prescrizioni del presente decreto per quanto concerne i servizi di diagnosi, cura e degenza ed i servizi generali.

Tali deroghe, aventi il fine di adeguare e dimensionare i predetti servizi e le relative attrezzature alla peculiare attività delle singole case di cura, tenuto anche conto della ricettività, debbono comunque garantire la piena idoneità della casa di cura a svolgere le proprie funzioni assistenziali.

Le deroghe possono riguardare:

- a) il servizio di radiodiagnostica (art. 20, punto b);
- b) il servizio di analisi (art. 20, punto d);
- c) il servizio mortuario (art. 22, punto e).

I competenti organi regionali possono, in via eccezionale, e per un periodo di tempo predeterminato in relazione alle disponibilità idriche locali, autorizzare deroghe alla dotazione idrica giornaliera prevista dall'art. 6, la quale comunque, non può in alcun caso, scendere al di sotto dei 150 litri.

Capitolo VI

REQUISITI NECESSARI PER L'ESERCIZIO DELLA FUNZIONE DI « DIRETTORE SANITARIO RESPONSABILE »

Art. 39.

Requisiti direttore sanitario di case di cura di oltre 150 posti-letto

Il direttore sanitario responsabile delle 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 ai sensi dell'art. 53, primo comma, della legge 12 febbraio 1968, n. 132, deve possedere uno dei seguenti requisiti:

idoneità nazionale a direttore sanitario ospedaliero conseguita ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 130 e successive modificazioni, ovvero inclusione nell'elenco previsto dall'art. 126, secondo comma, del decreto del Presidente della Repubblica stesso, per i sanitari che alla data di entrata in vigore del decreto prestassero servizio di ruolo come direttore sanitario in ospedali pubblici in qualsiasi categoria ovvero avessero conseguito la relativa idoneità in concorsi espletati a termini del regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631 e della legge 9 agosto 1954, n. 653;

medico provinciale di ruolo del Ministero della Sanità o delle regioni con anzianità di servizio di almeno 5 anni;

ufficiale sanitario di ruolo di comuni non oltre 100.000 abitanti ovvero per incarico (sempre di comuni non oltre 100.000 abitanti) con anzianità di servizio di almeno 5 anni;

vice direttore sanitario di ospedale regionale o provinciale di ruolo ovvero con anzianità di servizio di 5 anni quale incaricato;

aiuto od assistente di ruolo di istituto universitario di igiene con almeno cinque anni di servizio;

ispettore sanitario d'ospedale regionale o provinciale di ruolo o incaricato con 5 anni di anzianità di servizio purchè provvisto della libera docenza o specializzazione in igiene o in igiene e tecnica ospedaliera 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 presente decreto svolgono 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.

Art. 40.

Requisiti direttore sanitario di case di cura di non oltre 150 posti-letto

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

- 1) idoneità regionale a vice direttore ospedaliero conseguita ai sensi dell'art. 70 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 130 e dall'art. 5 della legge 18 aprile 1975, n. 148, ovvero inclusione nello specifico elenco di cui all'art. 126 del decreto del Presidente della Repubblica citato;
- 2) specializzazione in igiene ed in igiene e tecnica ospedaliera od in igiene e medicina preventiva;
- 3) anzianità di servizio di almeno 3 anni in un ospedale od in una casa di cura con funzioni di direttore sanitario;
- 4) anzianità di servizio di almeno 3 anni nelle funzioni di cui al precedente art. 39.

Art. 41.

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 al medico provinciale.

Detto medico deve possedere almeno uno dei requisiti di cui al precedente art. 40.

Art. 42.

Divieti - Incompatibilità

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

Capitolo VII

NORME FINALI E TRANSITORIE

Art. 43.

Richiamo legislativo

Per quanto non previsto dal presente decreto, si richiamano — in quanto applicabili — la normativa sulle costruzioni ospedaliere, nonchè le altre disposizioni legislative in materia ospedaliera.

Art. 44.

Termine adeguamento norme

Le case di cura private devono adeguarsi alle prescrizioni contenute nel presente decreto entro 8 anni dalla data di pubblicazione del decreto stesso a pena di revoca di autorizzazione.

Fino all'emanazione di nuove norme sull'edilizia ospedaliera pubblica, le statuizioni contenute nei precedenti articoli 5 e 10 e quelle di cui agli articoli 35, primo e secondo comma; 36, primo comma; 37, primo comma, non si applicano alle case di cura autorizzate alla data di pubblicazione del presente decreto.

Il Ministro per la sanità

DAL F.M.C.O.

(9380)

DECRETO MINISTERIALE 9 agosto 1977.

Affidamento dei servizi relativi all'attuazione della disciplina comunitaria di intervento nel settore del tabacco in colli del raccolto 1976.

IL MINISTRO PER L'AGRICOLTURA E LE FORESTE

PRESIDENTE DELL'AZIENDA DI STATO PER GLI INTERVENTI NEL MERCATO AGRICOLO

Visto il decreto-legge 30 novembre 1970, n. 870, convertito, con modificazioni, nella legge 27 gennaio 1971, n. 3, che istituisce la sezione specializzata per il tabacco;

Visto il decreto-legge 30 novembre 1970, n. 870, convertito, con modificazioni, nella legge 27 gennaio 1971, n. 3, concernente l'attuazione del regolamento (CEE) n. 727/70 del 21 aprile 1970 sulla politica agricola comune per il tabacco greggio e l'integrazione delle disposizioni di cui alla legge 13 maggio 1966, n. 303;

Vista la legge 31 marzo 1971, n. 144, riguardante il finanziamento degli interventi di mercato svolti dall'AIMA;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 1971, n. 321, con cui sono state recepite nell'ordinamento giuridico italiano le norme dei regolamenti della Comunità economica europea sul finanziamento della politica comune mediante le risorse proprie della Comunità stessa;

Visti i regolamenti della Comunità economica europea riguardanti l'intervento nel settore del tabacco numero 1467/70 del 20 luglio 1970, n. 1727/70 e n. 1728/70 del 25 agosto 1970, n. 327/71 del 15 febbraio 1971, numero 833/76 del 6 aprile 1976 e regolamento (CEE) n. 878/77 del 26 aprile 1977;

Visto il decreto ministeriale 1° febbraio 1971 pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 56 del 4 marzo 1971 che prevede l'istituzione dei sistemi di controllo;

Visto il decreto ministeriale 7 ottobre 1971 pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 299 del 26 novembre 1971 che fissa all'art. 3 le modalità per l'acquisto del tabacco conferito all'organismo di intervento;

Visto il decreto ministeriale 24 maggio 1973 che stabilisce all'art. 2 il termine di presentazione delle offerte di vendita del tabacco greggio in colli;

Vista la *Gazzetta Ufficiale* n. 133 del 18 maggio 1977 che fissa i prezzi d'intervento derivati per il tabacco in colli del raccolto 1976;

Vista la deliberazione in data 11 agosto 1976 con la quale il consiglio di amministrazione dell'AIMA nella composizione integrata ha delegato il comitato tecnico nominato con decreto ministeriale 10 febbraio 1971 anche per la commercializzazione del prodotto del raccolto 1976 l'esercizio dei poteri di gestione afferenti ai compiti di intervento nel settore del tabacco greggio, in applicazione del disposto dell'art. 6 del decreto-legge 30 novembre 1970, n. 870, convertito nella legge 27 gennaio 1971, n. 3;

Ritenuta la necessità e l'urgenza di provvedere ad assicurare i servizi di intervento nel settore del tabacco in colli del raccolto 1976 regolandone altresì lo svolgimento, ai sensi delle norme regolamentari comunitarie e della legislazione nazionale;

Ritenuto inoltre, che occorre provvedere ad affidare ad assuntori il servizio di ricevimento e di conservazione del suddetto tabacco in colli, procedendo all'uopo a trattativa privata, ai sensi dell'art. 12, secondo comma, della legge 13 maggio 1966, n. 303, con enti