

Deliberazione della Giunta Regionale 27 gennaio 2014, n. 13-7043

Definizione dei requisiti minimi autorizzativi per le case di cura private, ai sensi dell'art. 4 comma 2 della L.R. 14 gennaio 1987 n. 5 e s.m.i. Azione 5.1.2. dei Programmi Operativi per il triennio 2013-2015, approvati con D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013.

A relazione dell'Assessore Cavallera:

Premesso che:

- con la L.R. 14 gennaio 1987 n. 5 recante “Disciplina delle case di cura private” sono stati definiti i requisiti minimi autorizzativi delle case di cura private (allegato A).
- In ambito nazionale l’Atto di indirizzo e coordinamento in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi, approvato con Decreto del Presidente della Repubblica il 14 gennaio 1997 definisce, tra l’altro, i requisiti minimi per l’autorizzazione all’esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.
- Con la D.C.R. n. 616-3149 del 22.2.2000 e s.m.i., recante le disposizioni attuative del D.P.R. 14.01.1997 sopra citato, e attraverso successivi provvedimenti, la Regione Piemonte ha approvato i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l’autorizzazione all’esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private, i requisiti ulteriori per l’accreditamento delle predette strutture sanitarie, nonché le relative procedure attuative.
- Con la D.G.R. n. 58-14492 del 29.12.2004 sono state approvate le Linee guida per l’esplicitamento delle funzioni di vigilanza e controllo da parte delle Commissioni di Vigilanza delle AA.SS.LL. sui requisiti strutturali, impiantistici ed organizzativi delle Case di cura private, al fine di offrire una lettura integrata della normativa sanitaria in materia.

Rilevata la necessità di adeguare i requisiti minimi contenuti nei provvedimenti regionali sopra richiamati e, in particolare, nello schema allegato alla L.R. 14 gennaio 1987 n. 5, all’innovazione tecnologica e strumentale sopravvenuta e all’evoluzione delle esigenze organizzative del settore.

Considerato che, a tal fine si è provveduto a costituire un tavolo tecnico, composto da funzionari degli uffici competenti dell’Assessorato alla Sanità, da tecnici delle Commissioni di Vigilanza delle Aziende Sanitarie Locali e da rappresentanti delle Associazioni di categoria ARIS e AIOP, finalizzato all’elaborazione di un documento contenente la definizione di nuovi requisiti minimi autorizzativi per le case di cura private, volto altresì a realizzare una maggior efficienza operativa e a migliorare la qualità delle prestazioni rese ai pazienti ricoverati.

Considerato che, in virtù della nuova formulazione dell’art. 4 comma 2 della Legge regionale n. 5 del 14.01.1987, come novellato dall’art. 22 della Legge regionale n. 8 del 7 maggio 2013 (“Legge finanziaria per l’anno 2013”), è stata attribuita alla Giunta regionale la determinazione dei requisiti minimi autorizzativi per l’apertura e l’esercizio delle case di cura private.

Visto l’art. 39 rubricato “Disposizioni transitorie” della L.R. 7 maggio 2013, n. 8 sopra richiamata che dispone, tra l’altro, che fino all’entrata in vigore del provvedimento di Giunta, di cui all’art. 22 della medesima legge, continuano a trovare applicazione le disposizioni relative alla definizione dei requisiti delle case di cura private di cui all’allegato A della L.R. 5/1987, nonché quelle contenute in altri specifici provvedimenti amministrativi.

Dato atto che, a conclusione dei lavori del gruppo tecnico sopra richiamato è stato elaborato, anche tenuto conto delle ulteriori osservazioni formulate dalle Associazioni di categoria ARIS e AIOP, il documento di cui all'allegato del presente provvedimento, che è stato oggetto di ampia discussione e confronto con i soggetti partecipanti al tavolo.

Rilevato che l'intervento di cui al presente provvedimento è attuativo dei Programmi Operativi per il triennio 2013-2015, approvati con D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013, Azione 5.1.2 recante "Definizione/aggiornamento dei requisiti autorizzativi e delle procedure per l'autorizzazione" che prevede, tra i risultati programmati, l'adeguamento dei requisiti minimi delle strutture private all'innovazione tecnologica e strumentale sopravvenuta ed alle esigenze organizzative del settore, al fine di realizzare una maggior efficienza operativa, migliorare la qualità delle prestazioni rese ai pazienti ed equiparare i requisiti minimi stessi a quelli delle strutture ospedaliere pubbliche, con conseguente adozione del relativo provvedimento entro il 30.06.2014.

Rilevato altresì che i Programmi Operativi 2013-2015 di cui sopra sono stati approvati, ai sensi dell'art. 15, comma 20, del D.L. n. 95/2012 - convertito, con modificazioni, in legge n. 135/2012 - in esito alle valutazioni emerse in sede di tavolo ministeriale di verifica sull'attuazione del Piano di Rientro 2010-2012, approvato con DD.G.R. nn. 1-415 del 2.08.2010, 44-1615 del 28.02.2011 e 49-1985 del 29.04.2011, data la necessità di non compromettere l'attribuzione, in via definitiva, delle risorse finanziarie, in termini di competenza e di cassa, condizionate alla piena attuazione dello stesso PRR.

Ritenuto, altresì, che l'adozione del presente provvedimento rivesta carattere di indifferibilità ed urgenza, attesa la necessità di chiarire in maniera univoca e puntuale alcune incertezze interpretative in ordine all'applicazione delle vigenti disposizioni regionali concernenti la precisa definizione di taluni requisiti minimi, emerse di recente, sia nel corso dell'attività di vigilanza sulle case di cura private sia nell'esercizio dell'ordinaria attività amministrativa da parte degli uffici preposti, evitando così nell'immediato possibili contenziosi, con conseguente nocumento agli interessi regionali.

Ritenuto pertanto necessario, per quanto sopra esposto, approvare il documento contenente i nuovi requisiti minimi autorizzativi delle case di cura private, allegato al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale, che sostituisce l'allegato A) alla L.R. 14 gennaio 1987 n. 5, in forza del combinato disposto del novellato art. 4 comma 2 della medesima legge regionale e dall'art. 39 della L.R. 8/2013.

Ritenuto infine necessario confermare le disposizioni contenute in altri provvedimenti regionali che definiscono requisiti minimi autorizzativi per le case di cura private, qualora non siano in contrasto con quelle contenute nel presente provvedimento, in virtù delle disposizioni transitorie di cui all'art. 39 della L.R. 8/2013.

Vista la Legge regionale 14.01.1987, n. 5 e s.m.i.;
Visto il D.P.R. 14 gennaio 1997;
Visto il D.Lgs. 30.12.1992, n. 502 e s.m.i.;
Vista la D.C.R. n. 616-3149 del 20.02.2000 e s.m.i.;
Vista la D.G.R. n. 58-14492 del 29.12.2004;
Vista la D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013.

Tutto quanto sopra premesso,

la Giunta regionale, udite le argomentazioni del relatore e condividerle, all'unanimità dei voti espressi nelle forme di legge,

delibera

per le motivazioni espresse in premessa,

1) di approvare il documento contenente i requisiti minimi autorizzativi per le case di cura private, allegato al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale, che sostituisce l'allegato A) alla L.R. 14 gennaio 1987 n. 5, in virtù del combinato disposto di cui al novellato art. 4 comma 2 della medesima legge regionale e all'art. 39 della L.R. 8/2013;

2) di stabilire che continuino a trovare applicazione le disposizioni contenute nella D.C.R. n. 616-3149 del 22.2.2000 e s.m.i e in altri specifici provvedimenti amministrativi che regolano i requisiti autorizzativi per le case di cura private, ove non incompatibili con quelle di cui al presente provvedimento, in virtù delle disposizioni transitorie di cui all'art. 39 della L.R. 8/2013.

Avverso la presente deliberazione è ammesso ricorso giurisdizionale entro il termine di 60 giorni innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale, ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro 120 giorni, ovvero ancora al giudice ordinario per la tutela dei diritti soggettivi entro i termini di prescrizione previsti dal codice civile. In tutti i casi il termine decorre dalla data di comunicazione o piena conoscenza del provvedimento.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte, ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della Legge Regionale 12.10.2010, n. 22.

(omissis)

Allegato

Requisiti minimi autorizzativi delle Case di Cura private

1. Capacità ricettiva minima

La capacità ricettiva minima delle nuove case di cura private è fissata in n. 60 posti letto.

2. Area

L'area identificata per l'edificazione o l'insediamento di nuove case di cura private deve rispondere ai requisiti di natura urbanistica, igienico-ambientale, idrogeomorfologica, acustica, climatica e dimensionale riferiti al tipo di struttura e alle funzioni previste, secondo quanto indicato dalle prescrizioni degli strumenti urbanistici comunali e di pianificazione sovraordinata delle zone di interesse, nonché dalle leggi e dalle norme specifiche e di settore comunque applicabili in relazione alle condizioni contestuali e alle attività da insediare.

Sono fatti salvi i requisiti di seguito elencati:

Caratteri ambientali e relazioni con il contesto

Fatta salva e verificata la compatibilità di destinazione urbanistica dell'area, essa deve possedere ulteriori ed opportuni requisiti di salubrità dell'aria, del terreno e delle acque, di idoneità dell'assetto idrogeomorfologico del sito, di compatibilità ambientale riguardo al rumore, alle emissioni, ai rifiuti e/o, comunque, ai prodotti di ogni attività e/o lavorazione in prossimità o in relazione con l'opera da realizzare, nonché di compatibilità con le funzioni svolte nel medesimo ambito di intervento, rilevate anche le destinazioni previste dagli strumenti urbanistici vigenti.

L'ubicazione della casa di cura di nuova costruzione 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.

Accessibilità del sito e delle strutture

L'area deve essere ben inserita nel sistema delle comunicazioni in dipendenza della viabilità, della rete dei trasporti pubblici e dell'entità dei traffici.

L'area, inoltre, deve permettere l'accessibilità alle proprie strutture a mezzo di percorsi viari, collegamenti ed accessi che garantiscono fruibilità e sicurezza agli utenti. Gli accessi devono avere varchi sufficientemente comodi ed ampi, devono essere arretrati rispetto al filo stradale e devono condurre a percorsi realizzati con materiali e requisiti idonei ai mezzi e alle tipologie di utenza prevedibili.

Dimensione dell'area

Ferme restando le disposizioni degli strumenti urbanistici vigenti, la dimensione dell'area deve essere tale da poter contenere al suo interno, oltre agli edifici sanitari propriamente detti, le strutture edilizie di supporto ad essi (servizi generali, magazzini, depositi, spogliatoi, locali tecnici, ecc.), nonché gli spazi ed i percorsi per la gestione dei relativi flussi. Tali spazi e percorsi devono avere caratteristiche tali da non determinare criticità e/o interferenze con le diverse attività sanitarie e non sanitarie svolte, fatta comunque salva, ove tale prescrizione non sia osservabile, la possibilità di definire misure compensative organizzativo-gestionali.

Per le case di cura di nuova costruzione o di nuova 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 mq. 70 per ogni posto letto in aumento. Almeno 15 metri quadrati per posto letto devono essere destinati a parco e giardino. L'area verde attrezzata di pertinenza alla casa di cura deve essere almeno pari alla superficie destinata a parcheggio.

Devono essere previste aree destinate al parcheggio delle autovetture in misura di 1 metro quadro ogni 10 metri cubi nel rispetto delle norme urbanistiche vigenti e della disciplina in materia di requisiti per l'esercizio delle attività sanitarie delle strutture di cui alla D.C.R. n. 616-3149 del 2000 e s.m.i..

Le case di cura devono assicurare una rete viaria di collegamento e zone di parcheggio differenziate per utenti e per il personale, con accessi distinti.

Ai mezzi di soccorso sanitario deve inoltre essere garantita la sosta in prossimità dell'accesso alla struttura.

3. Approvvigionamento idrico

Ogni casa di cura deve essere allacciata alla rete idrica pubblica e, fermo restando quanto previsto dalla normativa sulla sicurezza antincendio, deve assicurare una dotazione giornaliera minima di acqua potabile non inferiore a 200 litri per posto-letto.

Al fine di garantire la continuità della fornitura in caso di interruzione ed un sufficiente ricambio giornaliero, le case di cura devono essere dotate di una riserva idrica corrispondente almeno al 25% del fabbisogno complessivo di un giorno, realizzata mediante sistemi di stoccaggio e distribuzione dell'acqua conformi alla normativa in materia.

4. Smaltimento dei rifiuti liquidi, solidi e sanitari.

Ogni casa di cura deve essere allacciata alla rete fognaria pubblica e deve rispettare le procedure e i vincoli prescritti dalla normativa vigente in materia di smaltimento dei rifiuti liquidi, solidi e sanitari.

5. Smaltimento dei rifiuti radioattivi

Le case di cura private devono rispettare le procedure e i vincoli prescritti dalla normativa vigente in materia di smaltimento di rifiuti radioattivi.

6. Caratteristiche costruttive

Le case di cura private devono rispondere ai requisiti di natura edilizia previsti dalle disposizioni normative vigenti disciplinanti la materia.

7. Eliminazione barriere architettoniche

Le case di cura private devono essere in possesso dei requisiti previsti dalle disposizioni normative vigenti in materia di eliminazione delle barriere architettoniche.

8. Protezione antisismica

Le case di cura private devono essere in possesso dei requisiti previsti dalle disposizioni normative in materia di protezione antisismica.

9. Sicurezza antincendio

Tutti gli ambienti della casa di cura privata devono essere in possesso dei requisiti previsti dalle norme in materia di protezione antincendio.

10. Condizioni microclimatiche

Le case di cura devono essere dotate di impianti atti ad assicurare idonee condizioni microclimatiche nel rispetto dei requisiti previsti dalle norme in materia.

Fatta eccezione per i settori destinati a specifiche attività terapeutiche (sale operatorie, sale da parto, sale di degenza immaturi, rianimazione, terapia intensiva, sala di emodinamica e sala di radiologia interventistica) è ammesso uno scostamento dai valori minimi e massimi di temperatura e umidità previsti dalle disposizioni regionali in materia nel caso si verifichino eccezionali e straordinarie condizioni atmosferiche e climatiche attestate dall'autorità competente.

11. Protezione dalle radiazioni ionizzanti

Le case di cura private devono essere in possesso dei requisiti previsti dalle norme in materia di protezione dalle radiazioni ionizzanti.

12. Impianti elettrici

Gli impianti elettrici devono essere conformi ai requisiti previsti dalle disposizioni normative in materia.

Le case di cura private devono essere dotate di un impianto di illuminazione di emergenza e devono garantire, in caso di interruzione dell'alimentazione elettrica, l'automatica ed immediata disponibilità di energia elettrica adeguata ad assicurare almeno il funzionamento delle attrezzature e dei servizi che non possono rimanere inattivi nemmeno per brevissimo tempo (complesso operatorio, sale parto, unità di rianimazione e terapia intensiva, unità di dialisi, frigoemoteca, radiologia interventistica, emodinamica, nido e altri servizi essenziali), il funzionamento delle apparecchiature medico-terapeutiche necessarie per l'esistenza in vita dei pazienti alimentate ad energia elettrica ed il funzionamento delle luci di emergenza.

Le case di cura devono essere protette dai fulmini nel rispetto delle disposizioni normative vigenti in materia.

13. Impianti di distribuzione dei gas medicali

Nelle case di cura la distribuzione dei gas medicali deve essere effettuata con impianto centralizzato nel rispetto delle norme vigenti in materia. Caratteristiche conformi alle disposizioni normative vigenti in materia devono essere possedute anche dall'impianto del vuoto.

Le case di cura che effettuano esclusivamente prestazioni di Neuropsichiatria (cod. 40, 40.56, 40.60) e/o di post acuzie, quali Lungodegenza (cod. 60) e Riabilitazione di I e II (cod. 56), possono non essere dotate di impianto centralizzato purché provvedano allo stoccaggio ed all'erogazione dei gas medicali con mezzi adeguati rispondenti alla normativa vigente.

14. Caratteristiche generali tecnico-sanitarie

Le case di cura private devono garantire almeno i seguenti servizi, locali e spazi:

- a) locale accettazione sanitaria ed amministrativa;
- b) locali per il servizio di direzione sanitaria e per il servizio di direzione amministrativa (salvo, per quest'ultimo, quanto previsto al punto 16, comma 2);
- c) locali ad uso promiscuo di visita/attesa per l'utenza esterna, con area ristoro e servizi igienici dedicati;
- d) locali ad uso camere di degenza, con servizi igienici di pertinenza per i ricoverati; presso l'area di degenza devono trovare collocazione servizi igienici dedicati all'utenza esterna distinti dai servizi igienici dedicati al personale, nonché un locale ad uso medicheria e per le procedure di ricovero dei pazienti, uno spazio ad uso deposito ed uno spazio per la raccolta differenziata dei rifiuti;
- e) locali da destinare al personale sanitario per i colloqui con i pazienti e con i familiari degli stessi;
- f) locali ad uso spogliatoi per il personale, con servizi igienici dedicati, nonché servizio mensa e area ristoro ove previsti dal Contratto Collettivo Nazionale del Lavoro;
- g) locali e servizi igienici separati per l'isolamento temporaneo degli ammalati di forme contagiose diffuse;
- h) complesso operatorio e sale parto, ove richiesti dalla tipologia;
- i) locali per neonatologia e lactarium, ove richiesti dalla tipologia;
- j) locali per il medico di guardia e, se del caso, per l'ostetrica di guardia;
- k) locale farmaci;
- l) locali per terapia intensiva e semintensiva, day surgery, ambulatori, ove presenti;
- m) servizio di emoteca, ove presente;
- n) servizio di diagnostica per immagini, ove previsto;
- o) servizio di analisi chimico-cliniche e microbiologiche, ove previsto;
- p) servizio di assistenza religiosa che garantisca la pluralità delle confessioni;
- q) servizi di lavanderia, di pulizia, di cucina e dispensa, di guardaroba;
- r) servizio di sterilizzazione, ove richiesto;

- s) locali da destinare a camera mortuaria;
- t) ambienti/spazi per lo stoccaggio dei rifiuti solidi e speciali.

15. Raggruppamento dei servizi e dei locali

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

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

16. Direzione sanitaria e direzione amministrativa

La direzione sanitaria comprende i locali per il direttore e i suoi collaboratori ed è ubicata in modo da consentire il corretto esercizio delle proprie funzioni su tutto il complesso.

La direzione amministrativa comprende gli uffici amministrativi della casa di cura nonché i servizi economici e contabili. La funzione di direzione amministrativa può essere delocalizzata o esternalizzata.

17. Servizi di diagnosi e cura

La casa di cura deve garantire le funzioni di accettazione amministrativa e sanitaria.

Servizio di diagnostica per immagini

Il servizio di diagnostica per immagini di I e II livello, ove presente, deve possedere i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dalle disposizioni normative vigenti in materia (per quanto concerne le norme regionali si rinvia alla D.C.R. n. 616-3149 del 22/02/2000 e successivi provvedimenti attuativi e integrativi).

Le case di cura che erogano prestazioni per acuti devono assicurare al proprio interno, per tutte le 24 ore, il servizio di diagnostica per immagini per garantire, con personale abilitato, il supporto necessario all'attività, anche attraverso il servizio di reperibilità.

È consentita la refertazione a distanza degli esami attraverso sistemi di teleradiologia.

Nelle case di cura che effettuano esclusivamente prestazioni di Neuropsichiatria (cod. 40, 40.56, 40.60) e/o di post acuzie, quali Lungodegenza (cod. 60) e Riabilitazione di I e II livello (cod. 56), che non siano autorizzate per l'erogazione del servizio di diagnostica per immagini in regime ambulatoriale per esterni, le attività di diagnostica per immagini possono essere garantite attraverso il ricorso a convenzioni con strutture sanitarie pubbliche, private autorizzate o accreditate all'esercizio di tale attività. Nel caso in cui la struttura inviante risulti accreditata con il SSN la convenzione può essere stipulata unicamente con strutture pubbliche o private accreditate.

La convenzione può essere stipulata soltanto con strutture eroganti il servizio di diagnostica per immagini che siano collocate entro un raggio di 30 Km. dalla sede della casa di cura; l'effettuazione dell'esame radiologico deve essere garantita almeno in tutti i giorni feriali dalle ore 8,00 alle ore 16,00 e il relativo referto (la cui consegna può avvenire in forma manuale, telematica, via fax, ecc.) deve essere disponibile nella stessa giornata di esecuzione dell'esame.

La convenzione deve prevedere le modalità di trasporto dei pazienti ricoverati.

Servizio di laboratorio analisi

Il servizio di laboratorio analisi, ove presente, deve possedere i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dalle disposizioni normative vigenti in materia.

Le case di cura che erogano prestazioni per acuti devono assicurare al proprio interno, per tutte le 24 ore, il servizio di laboratorio analisi per garantire, con personale abilitato, il supporto necessario all'attività, anche attraverso il servizio di reperibilità.

Nelle case di cura che effettuano esclusivamente prestazioni di Neuropsichiatria (cod. 40, 40.56, 40.60) e/o di post acuzie, quali Lungodegenza (cod. 60) e Riabilitazione di I e II livello (cod. 56), che non siano autorizzate per l'erogazione del servizio di laboratorio analisi in regime ambulatoriale per esterni, le attività di analisi chimico-cliniche e microbiologiche possono essere garantite attraverso il ricorso a convenzioni con strutture sanitarie pubbliche, private autorizzate o accreditate all'esercizio di tale attività. Nel caso in cui la struttura inviante risulti accreditata con il SSN la convenzione può essere stipulata unicamente con strutture pubbliche o private accreditate.

La convenzione può essere stipulata soltanto con strutture eroganti il servizio di laboratorio analisi raggiungibili entro 60 minuti.

La convenzione deve prevedere le modalità di trasporto dei campioni nel rispetto delle disposizioni normative vigenti in materia.

Il ricevimento del campione deve essere garantito almeno dalle ore 8,00 alle ore 16,00 di tutti i giorni feriali e il relativo referto (la cui consegna può avvenire in forma manuale, informatica, via fax, ecc.) deve essere disponibile nella stessa giornata di invio del campione.

Servizio di emoteca

Il servizio di emoteca, ove presente, deve rispondere ai requisiti previsti dalla normativa vigente in materia. In assenza del servizio si provvederà attraverso frigo emoteca.

Complesso operatorio

Il complesso operatorio, ove presente, deve essere costituito dall'insieme dei locali per gli interventi di chirurgia generale e delle specialità chirurgiche; i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi devono essere conformi a quanto previsto dalle disposizioni normative vigenti in materia (per quanto concerne le norme regionali si rinvia alla D.C.R. n. 616-3149 del 22/02/2000 e s.m.i. e successivi provvedimenti attuativi e integrativi).

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 frazione.

Locali di cura intensiva e semintensiva

Nelle case di cura per acuti possono essere previsti locali di cura intensiva e semintensiva funzionalmente connessi con il complesso operatorio e con i reparti di degenza.

I requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi devono essere conformi a quanto previsto dalle disposizioni normative vigenti in materia.

Complesso per il parto

Il complesso per il parto, ove presente, deve essere agevolmente collegato con le degenze di ostetricia e con il complesso operatorio, nonché con la neonatologia, ove presente; il complesso per il parto deve essere proporzionato alla capacità delle degenze di ostetricia. I requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi devono essere conformi a quanto previsto dalle disposizioni normative vigenti in materia.

Locali destinati ad attivita' diagnostico-terapeutica

Nelle case di cura private possono essere previsti locali destinati all'attività diagnostico-terapeutica nel rispetto dei requisiti stabiliti dalle disposizioni normative vigenti.

I suddetti locali, per la parte organizzativa-funzionale, devono far capo ad un responsabile di raggruppamento.

Tali posti tecnici non sono da annoverare nel numero dei posti letto autorizzati.

18. Day Surgery

Le case di cura private possono svolgere l'attività di day surgery nel rispetto dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dalle disposizioni normative vigenti in materia.

La dotazione minima di personale, composta da un medico specializzato nella branca richiesta per l'espletamento dell'attività e da un infermiere, deve essere presente per tutto il periodo di attività svolta dalla day surgery per la gestione dei pazienti nella fase pre e post operatoria.

Per i pazienti ammessi all'attività di day surgery l'eventuale necessità di ulteriore assistenza è garantita dal personale dell'unità di degenza di riferimento.

La casa di cura deve provvedere alla formulazione di protocolli per le fasi di ammissione, cura e dimissione del paziente.

Per le prime 24 ore successive all'intervento è necessario garantire la continuità delle cure anche al di fuori dell'orario di attività, compresi i giorni prefestivi e festivi, tramite la reperibilità del medico specialista nella branca di riferimento dell'intervento effettuato e la fornitura diretta dei farmaci e dei dispositivi necessari.

In caso di necessità deve essere garantito il ricovero del paziente nell'unità di degenza ordinaria di riferimento.

19. Attività ambulatoriale

L'attività ambulatoriale connessa al ricovero è svolta esclusivamente nelle discipline per le quali la casa di cura è in possesso del titolo autorizzativo.

L'attività ambulatoriale, anche chirurgica, svolta per utenti esterni è soggetta a specifica autorizzazione.

La chirurgia ambulatoriale, così come prevista dalle disposizioni normative nazionali e regionali di riferimento, viene svolta all'interno della casa di cura in ambulatori ed ambulatori protetti per l'effettuazione di interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive praticabili senza ricovero, in anestesia topica, locale, locoregionale e/o analgesia.

20. Organizzazione delle degenze per l'attività a ciclo continuativo e/o diurno

Per quanto concerne la dotazione minima degli ambienti di degenza si richiamano le disposizioni normative vigenti in materia (in particolare, per quanto concerne le norme regionali si rinvia alla D.C.R. n. 616-3149 del 22/02/2000 e s.m.i. e specifici protocolli di settore).

Ogni casa di cura è articolata in unità funzionali di degenza con un numero di posti letto non inferiore a 4 e non superiore a 30.

Queste unità funzionali confluiscano, preferibilmente secondo il modello delle aree funzionali omogenee, per branche affini o complementari in raggruppamenti con non meno di 30 e non più di 120 posti letto.

Per ciascun raggruppamento di unità funzionali deve essere previsto almeno un medico responsabile, con rapporto di lavoro dipendente ovvero con contratti di altra tipologia ai sensi della normativa vigente (ivi comprese le attività libero-professionali).

Per ciascuna unità funzionale deve essere individuato un medico referente con rapporto di lavoro dipendente ovvero con contratti di altra tipologia ai sensi della normativa vigente.

Nell'ambito di ciascun raggruppamento di unità funzionali i posti letto possono essere occupati dalle singole specialità in funzione della richiesta e con flessibilità d'utilizzo del personale di assistenza correlata alla dinamica della domanda.

La casa di cura deve garantire l'assistenza medica nell'arco delle 24 ore giornaliere con le seguenti modalità:

- dalle ore 8,00 alle ore 16,00 con il personale delle unità funzionali in attività;
- dalle ore 16,00 alle ore 20,00 mediante il servizio di guardia medica interdisciplinare per ogni raggruppamento, assicurando la pronta disponibilità da parte delle unità funzionali che appartengono al raggruppamento;
- dalle ore 20,00 alle ore 8,00 del giorno successivo e nei giorni festivi per tutte le 24 ore, attraverso il servizio di guardia medica interna alla struttura, fino ad un massimo di 250 posti letto.

Il servizio di guardia medica interdisciplinare viene svolto di regola dai medici del raggruppamento e l'attività dedicata deve essere conteggiata in aggiunta all'orario normalmente effettuato dal medico nell'ambito delle unità funzionali del raggruppamento.

Il servizio di guardia medica notturno e festivo può essere svolto anche da medici incaricati ad hoc per questa specifica attività, purché in possesso dei titoli di specializzazione o dell'iscrizione nell'Elenco Regionale di cui all'allegato 3 della D.G.R. n. 58-14492 del 29/12/2004 e s.m.i., ritenuti utili per la gestione dell'emergenza-urgenza.

Deve comunque essere previsto un servizio di pronta disponibilità per tutte quelle branche specialistiche che hanno pazienti ricoverati e/o hanno effettuato interventi nella giornata.

Nelle case di cura autorizzate per la disciplina di ginecologia-ostetricia, laddove manchino di neonatologia e pediatria, deve essere assicurata la pronta disponibilità di un medico specialista in pediatria che visiti il neonato ed assicuri la compilazione della scheda pediatrica.

Le case di cura devono assicurare ai ricoverati, anche tramite rapporti convenzionali con il Servizio Sanitario Regionale, le consulenze specialistiche eventualmente necessarie.

21. Servizi generali

I servizi di cucina, di lavanderia, di disinfezione devono rispondere ai requisiti previsti dalle disposizioni normative vigenti in materia e possono essere assicurati anche tramite delocalizzazione/esternalizzazione a soggetti in possesso dei requisiti previsti dalle disposizioni normative vigenti in materia.

Il servizio di sterilizzazione deve rispondere ai requisiti previsti dalle disposizioni normative vigenti in materia; nelle case di cura unicamente mediche la sterilizzazione di presidi sanitari può essere assicurata tramite delocalizzazione/esternalizzazione a soggetti in possesso dei requisiti previsti dalle disposizioni normative vigenti in materia.

La casa di cura deve garantire il servizio di pulizia generale in conformità ai requisiti previsti dalle disposizioni normative vigenti in materia; detto servizio può essere esternalizzato a soggetti in possesso dei requisiti previsti dalle disposizioni normative vigenti in materia.

La camera mortuaria deve essere dotata di locali destinati all'osservazione, al deposito ed alla esposizione delle salme e di un accesso separato dall'esterno secondo i requisiti previsti dalle disposizioni normative vigenti in materia; la struttura può essere dotata di locali per eventuali riscontri diagnostici e, in tal caso, deve prevedere il personale medico, anche in convenzione, per effettuare l'attività.

Ove la casa di cura non intenda assolvere direttamente a tale adempimento, può convenzionarsi con strutture pubbliche.

La casa di cura deve assicurare le funzioni di ricezione, immagazzinamento e di distribuzione dei farmaci, dei materiali di medicazione, dei dispositivi medici e dei prodotti diagnostici secondo quanto previsto dalle disposizioni normative vigenti in materia (per quanto concerne le norme regionali si rinvia alla D.C.R. n. 616-3149 del 2000 e s.m.i. e specifici protocolli di settore).

La casa di cura deve assicurare l'assistenza religiosa per i degenzi che ne facciano richiesta, garantendo la pluralità delle confessioni e idonei locali per l'esercizio del culto.

La casa di cura deve prevedere idonei locali per il personale: spogliatoi e servizi igienici dedicati, area ristoro nonché servizio mensa, ove previsti dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro.

22. Impianti tecnologici

Gli impianti tecnologici comprendono le attrezzature tecnologiche necessarie per assicurare l'efficiente funzionamento dei servizi ausiliari della casa di cura. La struttura dovrà prevedere locali/aree attrezzati per le centrali termica, idrica, elettrica, telefonica e dati, frigorifera, di condizionamento, di aspirazione e vuoto, di gas medicali.

23. Direttore Sanitario

Il Direttore sanitario della casa di cura deve essere in possesso di una delle seguenti specializzazioni: Direzione Sanitaria di Presidio ospedaliero, Igiene Pubblica, Medicina Legale, Organizzazione dei Servizi Sanitari di base o equipollenti e deve aver svolto per almeno sette anni attività di direzione tecnico-sanitaria in enti/strutture sanitarie del SSN o strutture sanitarie private.

Per i medici che, alla data di entrata in vigore del presente regolamento, svolgono l'incarico di Direttore Sanitario presso case di cura private è sufficiente essere in possesso di una delle specializzazioni di cui sopra.

E' possibile svolgere le funzioni di Direttore Sanitario di più di una casa di cura, purché il numero dei posti letto complessivi delle strutture non superi i 250.

La presenza del Direttore Sanitario deve essere garantita dal lunedì al venerdì con il seguente impegno orario settimanale:

- posti letto fino a 120: almeno 18 ore
- posti letto compresi tra 121 e 150: almeno 28,5 ore
- posti letto compresi tra 151 e 250: tempo pieno

La funzione di Direttore Sanitario deve comunque essere assicurata per tutto l'arco della settimana con una reperibilità h. 24.

Nelle case di cura fino a 90 posti letto autorizzate per una sola branca specialistica le funzioni di Direttore Sanitario possono essere affidate, in carenza del Direttore sanitario, al medico responsabile di raggruppamento.

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

24. Atribuzioni del Direttore sanitario

Il Direttore sanitario cura l'organizzazione tecnico-sanitaria della casa di cura, rispondendone all'amministrazione e all'autorità sanitaria competente.

In particolare, al Direttore sanitario sono attribuite le seguenti attività:

- cura l'applicazione del regolamento sull'organizzazione e sul funzionamento della casa di cura, proponendone le eventuali variazioni;
- controlla la regolare tenuta e l'aggiornamento dell'apposito registro contenente i dati anagrafici e gli estremi dei titoli professionali del personale addetto all'attività sanitaria;
- trasmette semestralmente alla Commissione di Vigilanza per le attività sanitarie dell'ASL territorialmente competente e alla Regione un elenco del personale addetto ai servizi sanitari in servizio a qualsiasi titolo al 1° gennaio e di quello convenzionato in attività presso la casa di cura e comunica le successive variazioni;
- cura la tempestiva trasmissione all'I.S.T.A.T. e all'Autorità sanitaria dei dati e delle informazioni richieste;
- verifica e controlla i flussi informativi dei pazienti dimessi;
- vigila sulla regolare compilazione e archiviazione della documentazione clinica e sanitaria;
- coordina l'attività del personale sanitario e verifica l'impiego, la destinazione, i turni ed i congedi del personale medico, infermieristico, tecnico ed esecutivo addetto ai servizi sanitari;
- garantisce l'organizzazione dei turni di guardia e di pronta disponibilità degli operatori sanitari;
- promuove le iniziative per la formazione e l'aggiornamento del personale;
- vigila sulle condizioni igienico-sanitarie della struttura;
- controlla che l'assistenza ai pazienti sia svolta con regolarità, efficienza e qualità;

- 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 della casa di cura;
- rilascia agli aventi diritto copia delle cartelle cliniche ed ogni altra certificazione sanitaria riguardante l'assistito;
- impedisce disposizioni affinché nell'ipotesi di cessazione di attività della struttura la documentazione clinico-sanitaria sia consegnata all'ASL competente per territorio;
- svolge funzioni organizzative e di coordinamento riguardo alla tutela della salute dei pazienti rispetto al rischio infettivo, alla tutela della sorveglianza dell'igiene ambientale e dei servizi alberghieri e di ristorazione collettiva, alla raccolta, stoccaggio e smaltimento dei rifiuti ospedalieri, all'attività di pulizia, disinfezione e sterilizzazione;
- controlla la regolare tenuta del registro di carico e scarico delle sostanze stupefacenti o psicotrope, in conformità a quanto disposto dalla normativa vigente;
- vigila sulla scorta dei medicinali e dei prodotti terapeutici, sulle provviste alimentari e sulle altre provviste necessarie per il corretto funzionamento della struttura ed è responsabile dell'armadio farmaceutico;
- è responsabile della farmacovigilanza;
- cura l'osservanza delle disposizioni concernenti la polizia mortuaria;
- inoltra ai competenti organi le denunce prescritte dalle disposizioni di legge;
- presiede il Comitato di controllo delle infezioni ospedaliere;
- cura l'osservanza delle indicazioni in materia di sicurezza degli ambienti di lavoro;
- è responsabile del rischio clinico.

25. Medico sostituto del Direttore sanitario

L'amministrazione della casa di cura privata è tenuta a designare un medico che sostituisca nelle funzioni il Direttore sanitario, in caso di sua assenza o impedimento temporanei, ed a comunicarne il nominativo alla Commissione di vigilanza per le attività sanitarie dell'ASL territorialmente competente ed alla Regione.

La durata della sostituzione non può essere superiore a sessanta giorni, rinnovabile per ulteriori sessanta giorni.

26. Personale medico con funzioni di diagnosi e cura

Fermo restando quanto previsto al punto 20, il monte ore minimo settimanale del personale medico presso le unità funzionali deve essere rapportato al numero dei posti letto autorizzati secondo le seguenti modalità:

- da 4 a 10 posti letto: un monte ore settimanale pari a 28,5 ore;
- da 11 a 15 posti letto: un monte ore settimanale pari a 38 ore;
- da 16 a 30 posti letto: un monte ore settimanale pari a 76 ore.

Il monte ore settimanale previsto per l'assistenza medica diurna deve essere assicurato dai diversi medici specialisti operanti a vario titolo contrattuale presso le unità funzionali e deve coprire esclusivamente l'attività degenziale, ivi incluse le attività ambulatoriali direttamente connesse con la degenza.

Detto monte ore non è comprensivo dei turni di guardia medica e dell'attività ambulatoriale autorizzata erogata in favore di utenti esterni.

Per settori di attività regolati da specifiche disposizioni regionali si applica la normativa di riferimento in materia di requisiti organizzativi e gestionali.

I parametri orari sopra indicati rappresentano i requisiti minimi per il rilascio dell'autorizzazione all'apertura e all'esercizio dell'attività sanitaria.

Il fabbisogno effettivo di personale necessario per lo svolgimento dell'attività deve essere comunque calcolato in modo direttamente proporzionale al tasso di occupazione annuale verificato su base semestrale, tenendo altresì conto del livello di complessità del bisogno assistenziale e della quantità delle prestazioni richieste.

27. Qualificazione del personale dirigente medico responsabile di raggruppamento

Ogni raggruppamento di unità funzionali deve avere un medico responsabile in possesso dei seguenti requisiti:

- anzianità di laurea di almeno 10 anni;
- specializzazione nella disciplina della unità funzionale (o in disciplina equipollente o affine) 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;
- servizio ospedaliero o universitario nelle discipline sopra indicate per almeno 4 anni, ovvero servizio con rapporto di lavoro continuativo in casa di cura privata nelle discipline stesse per almeno 6 anni.

Sono esonerati dal possesso dei suddetti requisiti i medici che, alla data dell'entrata in vigore del presente provvedimento, svolgono le funzioni di medico responsabile di raggruppamento presso case di cura private.

Per raggruppamenti di unità funzionali con un numero di posti letto pari a 120 il responsabile medico deve garantire un impegno orario pari a 38 ore settimanali, mentre per raggruppamenti con un numero inferiore di posti letto l'impegno orario settimanale del responsabile di raggruppamento deve essere adeguatamente rapportato al numero dei posti letto presenti.

28. Qualificazione del personale medico di unità funzionale

Il medico di unità funzionale deve essere in possesso dei seguenti requisiti:

- laurea in medicina e chirurgia;
- iscrizione all'albo professionale;
- specializzazione nella disciplina dell'unità funzionale o in disciplina equipollente o affine.

Sono esonerati dal possesso del requisito della specializzazione sopraindicata i sanitari che, alla data dell'entrata in vigore del presente provvedimento, svolgono le funzioni di medico presso le case di cura private ai sensi dell'allegato 3 della D.G.R. n. 58-14492 del 29/12/2004.

29. Personale del servizio di laboratorio analisi

Nelle case di cura in cui sia richiesto il servizio di laboratorio analisi deve essere previsto un responsabile sanitario del medesimo servizio con rapporto di lavoro dipendente, ovvero con contratti di altra tipologia ai sensi della normativa vigente, avente i titoli previsti dalle disposizioni normative in materia (per quanto concerne le norme regionali si rinvia all'art. 10 della L.R. 5 novembre 1987 n. 55 e s.m.i.).

30. Personale medico del servizio di diagnostica per immagini

Nelle case di cura per le quali sia richiesto il servizio di diagnostica per immagini deve essere previsto un responsabile medico del medesimo servizio con rapporto di lavoro dipendente, ovvero con contratti di altra tipologia ai sensi della normativa vigente in materia, avente i titoli previsti dalle disposizioni normative vigenti in materia.

Il responsabile del servizio di diagnostica per immagini è tenuto all'adozione delle misure di sicurezza contemplate dalle disposizioni normative vigenti in materia e deve curare la conservazione in archivio delle immagini e dei relativi referti, se non allegati alle rispettive cartelle cliniche.

Tutte le indagini radiologiche per le quali sia richiesto l'impiego di sostanze di contrasto possono essere effettuate soltanto nelle case di cura fornite di ambiente idoneo e di presidi per la rianimazione. Le indagini a carattere invasivo sul sistema cardiovascolare possono effettuarsi solo alla presenza in struttura di un anestesista-rianimatore.

31. Personale medico e infermieristico del servizio di anestesia e rianimazione

Il servizio di anestesia e rianimazione è obbligatorio in tutte le case di cura che ricoverano ammalati di patologie pertinenti alla chirurgia, comprese le day surgery.

Deve essere previsto un responsabile medico del servizio ed almeno un medico in possesso di specializzazione nella disciplina con rapporto di lavoro dipendente ovvero con contratti di altra tipologia ai sensi della normativa vigente.

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

Con riguardo alla dotazione organica medica e infermieristica si rimanda a quanto previsto dalle disposizioni normative in materia (per quanto concerne le norme regionali si rinvia alla D.C.R. n. 616-3149 del 22/02/2000 e provvedimenti attuativi e integrativi).

32. Personale infermieristico e tecnico

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

Per quanto riguarda il personale infermieristico, ove non diversamente previsto in specifiche disposizioni per settori di attività, viene fissata ai fini autorizzativi la seguente parametrazione minima per l'attività di degenza ordinaria:

- a) per i vari settori di degenza il tempo di assistenza infermieristica 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 infermieristica pro-die e 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 cardiochirurgia, chirurgia toracica, chirurgia vascolare, chirurgia pediatrica, neurochirurgia, patologia neonatale, il tempo di assistenza infermieristica pro-die e 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 di un collaboratore professionale esperto/caposala per ogni raggruppamento di unità funzionale fino a un massimo di 60 posti letto con impegno orario settimanale non inferiore a 28,5 e superiore a 60 posti letto con impegno orario pari al tempo pieno e di un operatore socio-sanitario a tempo pieno ogni 20 posti letto per ciascuno dei due turni.

La casa di cura può avvalersi di infermieri generici ad esaurimento qualora già in servizio nell'organico purché sia garantita la presenza di almeno un infermiere in ogni turno e per ogni 30 posti letto.

La casa di cura può avvalersi di figure professionali tecniche di assistenza alla persona previste dalla previgente normativa, qualora già in servizio nell'organico prevedendo, ove possibile, programmi di riqualificazione per operatore socio - sanitario.

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 e di almeno una puericultrice o vigilatrice d'infanzia in ciascun turno per ogni otto culle-neonati.

Per ciascun raggruppamento deve essere garantita la presenza nelle ore notturne di personale infermieristico nella proporzione di almeno un terzo (con arrotondamento in caso di frazioni all'unità superiore) delle unità di personale previste nel raggruppamento per ciascuno dei due turni diurni e di una ulteriore unità di personale di assistenza alla persona.

L'organico di altre figure professionali sanitarie riconosciute dalla normativa vigente è determinato in relazione alle specifiche caratteristiche di ciascuna casa di cura.

Il personale di assistenza alla persona e di riabilitazione può essere a rapporto di lavoro dipendente ovvero con contratti di altra tipologia ai sensi della normativa vigente.

L'organico del personale tecnico per i servizi di laboratorio e di radiologia ove previsti, è determinato in relazione alle dotazioni di apparecchiature stabilite nei singoli casi ed alla previsione delle prestazioni da effettuare.

Nel conteggio del personale infermieristico addetto alle degenze sono esclusi il collaboratore professionale esperto/caposala, il personale addetto alle sale operatorie e il personale addetto ai servizi rivolti agli utenti esterni (ambulatori, laboratori, etc.).

L'orario svolto dal personale addetto ai servizi generali (cucina, pulizia, lavanderia, etc.) deve essere distinto da quello relativo alle degenze.

I parametri orari sopra indicati rappresentano i requisiti minimi per il rilascio dell'autorizzazione all'apertura e all'esercizio dell'attività sanitaria.

Il fabbisogno effettivo di personale necessario per lo svolgimento dell'attività deve essere comunque calcolato in modo direttamente proporzionale al tasso di occupazione annuale verificato su base semestrale, tenendo altresì conto del livello di complessità del bisogno assistenziale e della quantità delle prestazioni richieste.

33. Regolamento di organizzazione della casa di cura e carta dei servizi sanitari

Ogni casa di cura deve dotarsi del regolamento di organizzazione sanitaria della struttura, approvato dal Direttore Sanitario, in cui sono indicate le attribuzioni, i compiti e le responsabilità di ciascun operatore sanitario, nonché l'orario di lavoro ed i criteri secondo cui vanno stabiliti i turni di servizio, in conformità a quanto previsto dalle disposizioni normative vigenti in materia.

Il regolamento, comprese le eventuali successive modifiche, deve essere approvato dalla Regione previo parere obbligatorio e vincolante della Commissione di Vigilanza per le attività sanitarie dell'ASL territorialmente competente.

La casa di cura deve dotarsi di un sistema informatico di rilevazione delle presenze per tutto il personale dipendente; per il restante personale che a vario titolo opera nella stessa, la struttura deve certificare mensilmente l'orario di presenza.

La casa di cura deve dotarsi di una carta dei servizi sanitari agevolmente consultabile dall'utenza ispirata ai principi e ai requisiti previsti dal DPCM 19 maggio 1995.

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

34. Cartelle cliniche

Per ogni ricovero deve essere compilata la cartella clinica secondo le modalità definite dalla normativa vigente in materia.

La cartella clinica nella sua totalità (informazioni e documenti riportati) deve rispondere ai requisiti di rintracciabilità, chiarezza, accuratezza, veridicità, pertinenza e completezza.

In caso di cessazione dell'attività della casa di cura le cartelle cliniche dovranno essere depositate presso l'ASL territorialmente competente.

35. Attività di verifica per il mantenimento del titolo autorizzativo e sanzioni

Fermo restando l'obbligo annuale di verifica e segnalazione periodica, le Commissioni di Vigilanza per le attività sanitarie delle ASL devono altresì verificare, con cadenza semestrale, le dotazioni organiche mediche, infermieristiche e del personale tecnico e di assistenza delle case di cura secondo i parametri orari stabiliti nel presente provvedimento, tenendo altresì conto, nel calcolo del fabbisogno di personale, del tasso di occupazione dei posti letto verificato su base annuale, della complessità del bisogno assistenziale (intensivo, semintensivo, per acuti e post acuti) e della quantità delle prestazioni erogate.

Qualora nell'ambito della ordinaria attività di controllo effettuata dalle Commissioni di vigilanza per le attività sanitarie si riscontrassero carenze di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi la Regione applicherà le sanzioni previste dalla normativa vigente.

36. Termini di adempimento

I requisiti strutturali di cui al presente provvedimento si applicano a tutte le case di cura di nuova realizzazione o nuova attivazione a seguito di ristrutturazione/riconversione e alle case di cura che abbiano ottenuto l'approvazione del progetto edilizio. Tali disposizioni non si applicano alle case di cura che abbiano ottenuto l'approvazione del progetto edilizio ed abbiano già stipulato contratti di appalto.

Tutte le case di cura operanti sul territorio piemontese dovranno essere in possesso dei requisiti minimi organizzativi di cui al presente regolamento entro il termine di sei mesi dalla data di entrata in vigore del presente atto.