

Puglia

L.R. 28-3-2012 n. 7

Modifiche e integrazioni alla legge regionale 9 agosto 2006, n. 26 (Interventi in materia sanitaria).
Pubblicata nel B.U. Puglia 4 aprile 2012, n. 49.

L.R. 28 marzo 2012, n. 7 ⁽¹⁾.**Modifiche e integrazioni alla legge regionale 9 agosto 2006, n. 26
(Interventi in materia sanitaria).**

(1) Pubblicata nel B.U. Puglia 4 aprile 2012, n. 49.

IL CONSIGLIO REGIONALE

ha approvato

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

Promulga

La seguente legge:

Art. 1 Modifiche e integrazioni all'articolo 3 della legge regionale 9 agosto 2006, n. 26.

1. All'articolo 3 (*Norme in materia di servizi di emergenza-urgenza*) della legge regionale 9 agosto 2006, n. 26 (Interventi in materia sanitaria), sono apportate le seguenti modifiche e integrazioni:

a) dopo il comma 1 è inserito il seguente:

"1-bis. Il personale medico adibito ai Servizi di emergenza-urgenza "118" e quello adibito ai punti di primo intervento, non iscritto nella graduatoria regionale di settore della medicina generale, in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività emergenza sanitaria di cui all'articolo 96 dell'Accordo collettivo nazionale (ACN), può presentare domanda per l'attribuzione degli incarichi a tempo indeterminato di cui all'articolo 92 dell'ACN del 29 luglio 2009.";

b) dopo il comma 6 sono inseriti i seguenti:

"6-bis. Il personale convenzionato di cui al comma 1-bis, ai fini dell'attribuzione degli incarichi, deve risultare in servizio alla data del 31 marzo 2012.";

"6-ter. Il personale di cui al comma 6-bis è inserito in un apposito elenco aziendale da utilizzarsi per l'affidamento degli incarichi a tempo indeterminato, a esaurimento delle procedure stabilite dall'ACN vigente, a favore dei soggetti iscritti

nella graduatoria regionale di settore della medicina generale, nel limite dei posti vacanti.";

"6-quater. Al fine dell'inserimento nella graduatoria aziendale, di cui al comma 6-ter, è valutata esclusivamente l'anzianità di servizio maturata nel Servizio emergenza-urgenza "118". A parità di posizione in elenco, il personale è graduato nell'ordine della:

- a) minore età;
- b) voto di laurea;
- c) anzianità di laurea.";

"6-quinquies. L'attuazione di quanto previsto dai commi precedenti deve corrispondere agli obiettivi economico-finanziari previsti dal Piano di rientro 2010/2012 di cui alla *legge regionale 9 febbraio 2011, n. 2*, atteso che trattasi di spesa già consolidata, per incarichi di sostituzione a tempo determinato, conferiti negli esercizi 2010/2012".

La presente legge è dichiarata urgente e sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione ai sensi e per gli effetti dell'*art. 53, comma 1 della L.R. 12 maggio 2004, n. 7 "Statuto della Regione Puglia"* ed entrerà in vigore il giorno stesso della sua pubblicazione. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e farla osservare come legge della Regione Puglia.

Copyright 2015 Wolters Kluwer Italia Srl. All rights reserved.

Puglia

L.R. 9-8-2006 n. 26
Interventi in materia sanitaria.
Pubblicata nel B.U. Puglia 11 agosto 2006, n. 104.

L.R. 9 agosto 2006, n. 26⁽¹⁾.**Interventi in materia sanitaria.**

(1) Pubblicata nel B.U. Puglia 11 agosto 2006, n. 104.

Il Consiglio regionale ha approvato

Il Presidente della Giunta regionale

promulga la seguente legge:

TITOLO I**Disposizioni diverse in materia di garanzia dei livelli essenziali di assistenza****Art. 1**

Interventi straordinari per la tutela della salute nei luoghi di lavoro.

1. Al fine di predisporre interventi straordinari per la tutela della salute nei luoghi di lavoro, in considerazione degli infortuni sul lavoro che ogni anno colpiscono i lavoratori della Regione Puglia, si individuano le seguenti aree di intervento:

a) rafforzamento del sistema di sorveglianza basato sulla banca dati dei nuovi flussi informativi per la prevenzione, INAIL - ISPESL - REGIONI, finalizzato all'individuazione dei bisogni sul versante degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali, compresi i bisogni inerenti la percezione, la valutazione e la reazione adeguata al rischio, di cui vanno contemplati anche il supporto psicologico alla persona colpita e alla famiglia;

b) potenziamento delle attività di vigilanza e controllo dei servizi di prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro delle AUSL nei settori con indici infortunistici più elevati per la sicurezza e per la salute psicofisica dei lavoratori, nonché delle azioni di formazione alla sicurezza e di promozione della sicurezza, in collaborazione con i servizi di psicologia, per la responsabilizzazione dei lavoratori all'uso dei mezzi di tutela della sicurezza della salute;

c) azioni di supporto di informazione e assistenza per la istituzione della rete regionale dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (RLS);

d) piani specifici dedicati all'informazione e assistenza delle microimprese e dell'artigianato per favorire l'integrazione sul posto di lavoro dei lavoratori migranti;

e) coordinamento del Dipartimento di prevenzione e dell'Agenzia regionale per la protezione ambientale (ARPA) sulla base di protocolli condivisi;

f) applicazione del *decreto legislativo 15 agosto 1991, n. 277* (Attuazione della *direttiva 80/1107/CEE*, della *direttiva 82/605/CEE*, della *direttiva 83/477/CEE*, della *direttiva 86/188/CEE* e della *direttiva 88/642/CEE*, in materia di protezione dei lavoratori contro i rischi derivanti da esposizione ad agenti chimici, fisici e biologici durante il lavoro, a norma dell'*articolo 7 della legge 30 luglio 1990, n. 212*) con la realizzazione dei registri degli esposti;

g) estensione del principio di precauzione ai lavoratori a contatto con sostanze cancerogene o presunte tali.

2. Per la realizzazione degli interventi di cui al comma 1 e a sostegno di politiche attive per la sicurezza nei luoghi di lavoro, la Giunta regionale, all'interno del documento di indirizzo economico-funzionale (DIEF), individua apposite risorse e fissa gli interventi strutturali e organizzativi necessari, con particolare riferimento all'implementazione delle dotazioni organiche.

Art. 2

Interventi per la tutela degli animali d'affezione e prevenzione del randagismo.

1. Alla *legge regionale 3 aprile 1995, n. 12* (Interventi per la tutela degli animali d'affezione e prevenzione del randagismo), sono apportate le seguenti modifiche:

a) dopo il comma 1 dell'articolo 3 è inserito il seguente:

"1-bis) L'anagrafe canina di ogni AUSL deve essere informatizzata e centralizzata a livelli regionale, con attuazione di un sistema unitario di gestione ed elaborazione dati di anagrafe canina informatizzata regionale denominata ACIR.";

b) al comma 2 dell'articolo 5 sono aggiunti, infine, i seguenti periodi: "A tal fine i Servizi veterinari delle AUSL, servendosi di strutture proprie o regolarmente accreditate, effettuano interventi chirurgici di sterilizzazione, individuati nella ovarioistectomia per le femmine e nella orchiectomia per i maschi, sugli animali randagi presenti nel territorio. Le autorità sanitarie locali possono disporre la reimmissione sul territorio di provenienza degli animali sottoposti a preventivo intervento di sterilizzazione. Il Comune provvede a effettuare una polizza per eventuali danni";

c) al comma 2 dell'articolo 12 è aggiunta, infine, la seguente lettera:

"e-bis) un rappresentante individuato dall'Associazione nazionale dei Comuni italiani della Regione Puglia.";

d) il comma 2 dell'articolo 15 è sostituito dal seguente:

"2. Per il conseguimento della qualifica di cui al comma 1 i soggetti interessati devono frequentare con esito positivo uno specifico corso di addestramento istituito e attuato dalle AUSL, previa autorizzazione della Giunta regionale la quale determina criteri, modalità e tempi di attuazione.";

e) il comma 4 dell'articolo 15 è sostituito dal seguente:

"4. È istituito presso il competente Settore dell'Assessorato alle politiche della salute il registro delle guardie zoofile regionali".

2. Ai fini della tutela degli animali d'affezione e prevenzione del randagismo sono assunte le seguenti iniziative:

a) i canili, le pensioni e gli allevamenti per cani devono rispettare gli stessi criteri tecnici previsti per la costruzione e il risanamento dei rifugi. Il limite massimo di capienza dei rifugi e delle strutture a questi assimilate non può comunque superare le duecento unità di animali con esclusione di moduli contigui fatte salve le strutture a oggi autorizzate che opereranno a esaurimento;

b) costituzione di tavoli politici e tecnici per il monitoraggio del fenomeno del randagismo e l'individuazione delle azioni necessarie, la cui composizione deve prevedere anche la partecipazione delle componenti presenti nella Commissione regionale;

b-bis. In deroga a quanto previsto dalla lettera a), i comuni singoli o associati possono realizzare, in considerazione di esigenze specifiche, rifugi con capienza superiore alle duecento unità, previo parere favorevole del Dipartimento di prevenzione della ASL territorialmente competente e a condizione che posseggano o realizzino un canile sanitario anche consortile e che la gestione di tali strutture sia conforme a quanto previsto dagli articoli. 8 e 9 della *legge regionale 3 aprile 1995, n. 12* (Interventi per la tutela degli animali d'affezione e prevenzione del randagismo) ⁽²⁾.

(2) Lettera aggiunta dall'*art. 3, comma 41, L.R. 31 dicembre 2007, n. 40.*

Art. 3

Norme in materia di servizi di emergenza-urgenza.

1. Il personale medico adibito ai servizi di emergenza sanitaria territoriale "118" di cui all'*articolo 41, commi 1 e 3, della legge regionale 7 marzo 2003, n. 4* (Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2003 e bilancio pluriennale 2003-2005 della Regione Puglia), in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale e in servizio alla data di entrata in vigore della presente legge, può presentare domanda per l'attribuzione degli incarichi a tempo indeterminato, di cui all'articolo 63 dell'Accordo collettivo nazionale Acc. 23 marzo 2005 per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, di seguito chiamato Accordo collettivo.

1-bis. Il personale medico adibito ai Servizi di emergenza-urgenza "118" e quello adibito ai punti di primo intervento, non iscritto nella graduatoria regionale di

settore della medicina generale, in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività emergenza sanitaria di cui all'articolo 96 dell'Accordo collettivo nazionale (ACN), può presentare domanda per l'attribuzione degli incarichi a tempo indeterminato di cui all'articolo 92 dell'ACN del 29 luglio 2009⁽³⁾.

2. Il personale di cui al comma 1, non iscritto nella graduatoria di medicina generale vigente, è inserito in un apposito elenco aziendale da utilizzare per l'affidamento di incarichi a tempo indeterminato, nel limite dei posti vacanti da attribuire ai sensi dell'Accordo collettivo e nel rispetto di quanto disposto dall'*articolo 22 della legge regionale 12 gennaio 2005, n. 1* (Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2005 e bilancio pluriennale 2005-2007 della Regione Puglia).

3. L'elenco aziendale di cui al comma 2, è utilizzato dopo aver esaurito le procedure stabilite dall'Accordo collettivo vigente.

4. I criteri per l'inserimento nell'elenco aziendale di cui al comma 2, sono stabiliti dal Comitato permanente regionale ex articolo 24 dell'Accordo collettivo vigente.

5. Il personale medico adibito, con incarico a tempo determinato, ai servizi dell'emergenza sanitaria territoriale "118", non in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale, può partecipare ai corsi formativi aziendali di cui all'articolo 96 dell'Accordo collettivo che le Aziende sanitarie devono organizzare, sulla base dei criteri fissati a livello regionale, entro e non oltre il 30 settembre 2006.

6. Il personale di cui al comma 5, conseguito lo specifico attestato formativo, ha titolo a presentare la domanda per l'inserimento negli elenchi aziendali di cui ai commi 2 e 3 nonché per il conferimento degli incarichi a tempo determinato di cui all'articolo 63 dell'Accordo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

6-bis. Il personale convenzionato di cui al comma 1-bis, ai fini dell'attribuzione degli incarichi, deve risultare in servizio alla data del 31 marzo 2012⁽⁴⁾.

6-ter. Il personale di cui al comma 6-bis è inserito in un apposito elenco aziendale da utilizzarsi per l'affidamento degli incarichi a tempo indeterminato, a esaurimento delle procedure stabilite dall'ACN vigente, a favore dei soggetti iscritti nella graduatoria regionale di settore della medicina generale, nel limite dei posti vacanti⁽⁵⁾.

6-quater. Al fine dell'inserimento nella graduatoria aziendale, di cui al comma 6-ter, è valutata esclusivamente l'anzianità di servizio maturata nel Servizio emergenza-urgenza "118". A parità di posizione in elenco, il personale è graduato nell'ordine della:

- a) minore età;
- b) voto di laurea;
- c) anzianità di laurea⁽⁶⁾.

6-quinquies. L'attuazione di quanto previsto dai commi precedenti deve corrispondere agli obiettivi economico-finanziari previsti dal Piano di rientro 2010/2012 di cui alla *legge regionale 9 febbraio 2011, n. 2*, atteso che trattasi di

spesa già consolidata, per incarichi di sostituzione a tempo determinato, conferiti negli esercizi 2010/2012⁽⁷⁾.

7. Nel servizio di emergenza territoriale "118" è assicurata la medicalizzazione delle ambulanze. La Giunta regionale, in sede di adozione del DIEL, ridetermina la dotazione di ambulanze e il relativo organico e il piano di medicalizzazione.

8. Al personale medico adibito con incarico a tempo indeterminato, da almeno cinque anni, ai servizi di emergenza sanitaria territoriale "118", si applica l'*articolo 11 della legge regionale 4 agosto 2004, n. 14* (Assestamento e prima variazione al bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2004). L'inquadramento, a seguito dei giudizi di idoneità e nei limiti della dotazione organica di ciascuna AUSL, è effettuato nella disciplina di medicina e chirurgia di accettazione e d'urgenza⁽⁸⁾.

9. A seguito dell'inquadramento di cui al comma 8, il personale opera, secondo le esigenze aziendali, sia sui mezzi di soccorso che nelle strutture di medicina e chirurgia di accettazione e d'urgenza, pronto soccorso e punti di primo intervento territoriale.

10. Le Aziende sanitarie, nel rispetto dei limiti di dotazione organica dei posti di autisti di ambulanza, coperti con personale precario, attivano le procedure per la copertura dei posti con personale a tempo indeterminato, con applicazione dei criteri previsti dalla *legge regionale 12 agosto 2005, n. 12* (Seconda variazione al bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2005) e dalla *legge regionale 30 dicembre 2005, n. 20* (Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2006 e bilancio pluriennale 2006-2008 della Regione Puglia) e successive modificazioni e integrazioni in materia di riserva di posti per il personale precario.

10-bis. Nelle more di un'organica ridefinizione del servizio di emergenza-urgenza e al solo fine del conferimento degli incarichi provvisori (118 e P.P.I.T.) per fronteggiare situazioni eccezionali, le ASL adeguano le graduatorie e conformano i bandi, dalla data di entrata in vigore della presente disposizione, nel rispetto delle seguenti priorità:

a) il personale medico inserito nella graduatoria regionale di Settore emergenza sanitaria territoriale definitiva di Medicina generale valevole per l'anno 2016 di cui al bollettino ufficiale della Regione Puglia n. 140 del 7 dicembre 2016, in possesso dell'attestato d'idoneità di cui all'articolo 96 dell'Accordo collettivo nazionale (A.C.N.) del 29 luglio 2009, con priorità per quelli residenti nel territorio dell'azienda sanitaria che pubblica il singolo bando;

b) al fine di consentire la piena operatività della rete degli operatori della emergenza, l'attribuzione degli incarichi provvisori può essere concessa anche ai soggetti già incaricati a tempo determinato in possesso del solo attestato di cui all'articolo 96 dell'A.C.N. 29 luglio 2009. A tal fine gli aspiranti saranno graduati in separato elenco da utilizzarsi in via residuale e a esaurimento delle procedure stabilite dall'A.C.N. vigente secondo i criteri recepiti con determinazione dirigenziale regionale del 27 settembre 2007, n. 155⁽⁹⁾.

10-ter. La graduazione di cui al comma 10-bis è così determinata:

- 1) anzianità di servizio nel 118;
- 2) a parità del requisito sub 1, la "residenza nell'azienda";
- 3) a parità del requisito sub 2, la maggiore età;

- 4) a parità del requisito sub 3, il voto di laurea;
- 5) a parità del requisito sub 4, l'anzianità di laurea ⁽¹⁰⁾.

10-quater. Agli effetti di quanto disposto dai commi 10-bis e 10-ter, i periodi di sostituzione potranno essere valutati ai fini dell'inserimento nella graduatoria esclusivamente dopo aver acquisito il requisito di accesso all'inserimento nella graduatoria regionale ⁽¹¹⁾.

(3) Comma aggiunto dall'*art. 1, comma 1, lettera a*, L.R. 28 marzo 2012, n. 7, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione.

(4) Comma aggiunto dall'*art. 1, comma 1, lettera b*, L.R. 28 marzo 2012, n. 7, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione.

(5) Comma aggiunto dall'*art. 1, comma 1, lettera b*, L.R. 28 marzo 2012, n. 7, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione.

(6) Comma aggiunto dall'*art. 1, comma 1, lettera b*, L.R. 28 marzo 2012, n. 7, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione.

(7) Comma aggiunto dall'*art. 1, comma 1, lettera b*, L.R. 28 marzo 2012, n. 7, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione.

(8) Vedi anche, per l'estensione delle disposizioni di cui al presente comma, l'*art. 25, L.R. 16 aprile 2007, n. 10*.

(9) Comma aggiunto dall'*art. 7, comma 1, L.R. 29 dicembre 2017, n. 67*, a decorrere dal 30 dicembre 2017.

(10) Comma aggiunto dall'*art. 7, comma 1, L.R. 29 dicembre 2017, n. 67*, a decorrere dal 30 dicembre 2017.

(11) Comma aggiunto dall'*art. 7, comma 1, L.R. 29 dicembre 2017, n. 67*, a decorrere dal 30 dicembre 2017.

Art. 4

Dipartimento interaziendale regionale per l'allarme e l'emergenza sanitaria.

1. Dalla data di entrata in vigore della presente legge, è istituito il Dipartimento interaziendale regionale di allarme ed emergenza sanitaria territoriale "118".

2. Il Dipartimento è struttura operativa interaziendale, trasmurale, interdipartimentale e trasversale, funzionalmente sovraordinata rispetto alle strutture complesse e semplici individuate nel sistema di emergenza-urgenza "118".

3. L'organizzazione del Dipartimento si articola su due livelli di direzione:

- a) il Comitato del Dipartimento;
- b) il Direttore del Dipartimento.

4. La sede operativa del Dipartimento è individuata nell'AUSL BA/4 di Bari.

5. Il Direttore del Dipartimento è un direttore di struttura complessa operante nell'area dell'emergenza, in servizio presso una delle Aziende sanitarie della Regione. La nomina è disposta con provvedimento di Giunta regionale, sentiti i Direttori generali delle Aziende sanitarie. L'incarico è conferito per un periodo di tre anni, rinnovabile. L'incarico cessa, oltre che per mancato rinnovo alla scadenza, in caso di esito negativo della verifica sui risultati conseguiti in relazione agli obiettivi fissati dalla Giunta regionale con il DIEF ovvero a seguito della perdita del requisito di direzione di struttura complessa presso l'Azienda sanitaria di appartenenza. La funzione di Direttore di Dipartimento non è sostitutiva rispetto a quella di direzione di struttura complessa di appartenenza ed è incompatibile con l'attività libero-professionale esterna.

6. Le spese per il funzionamento del Dipartimento sono individuate dalla Giunta regionale con il DIEF annuale e assegnate all'AUSL BA/4.

7. La Giunta regionale, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, adotta apposito regolamento concernente il modello organizzativo e di funzionamento del Dipartimento.

(giurisprudenza)

Art. 5 *Assegnazione delle sedi farmaceutiche.*

1. I gestori provvisori, le cui sedi farmaceutiche siano state assegnate in esecuzione delle graduatorie provinciali, risultanti dagli ultimi concorsi provinciali, approvate con Det. n. 26/2003, con Det. n. 27/2003, con Det. n. 138/2004 e con Det. n. 141/2004, ma risultati idonei negli stessi o in quelli precedenti, sono dichiarati assegnatari di sede farmaceutica e immessi nella titolarità secondo disponibilità esistenti e nell'ordine di una graduatoria comparativa per titoli secondo il *decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 30 marzo 1994, n. 298 (Regolamento di attuazione dell'articolo 4, comma 9, della legge 8 novembre 1991, n. 362, concernente norme di riordino del settore farmaceutico)* ⁽¹²⁾.

2. Le domande degli aventi diritto devono pervenire entro il 28 febbraio 2007 e i titoli a esse allegati sono valutati, secondo i criteri di cui al comma 1, dal dirigente del Servizio farmaceutico della Regione Puglia, che propone la relativa graduatoria da approvarsi da parte del dirigente del Settore sanità entro trenta giorni decorrenti dal termine per la presentazione delle domande. Previa pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione della determina di approvazione della graduatoria, si procede alle relative assegnazioni a seguito di interpello simultaneo ⁽¹³⁾.

3. L'immissione nella titolarità può avvenire previo abbandono di giudizi eventualmente intentati dagli interessati contro la Regione Puglia.

(12) Comma così modificato dall'*art. 1, comma 1, lettera a), L.R. 12 dicembre 2006, n. 34.*

(13) Comma così sostituito dall'art. 1, comma 1, lettera b), L.R. 12 dicembre 2006, n. 34. Il testo originario era così formulato: «2. In caso di esaurimento delle sedi disponibili nella provincia di riferimento della graduatoria, i rimanenti aventi titolo possono optare per una sede vacante e/o di nuova istituzione sita in un'altra provincia della Regione Puglia.».

Art. 6

Norme in materia di contrasto delle dipendenze patologiche.

1. Al fine di garantire la piena operatività dei SERT e dei Dipartimenti per le dipendenze patologiche (DDP), in considerazione della espansione e nuova articolazione del consumo di droghe tra i giovani e gli adolescenti, nonché della cronicizzazione ed esclusione sociale di soggetti tossicodipendenti in trattamento, sono individuati i seguenti principi organizzativi e di indirizzo:

a) l'articolazione delle prestazioni e della programmazione degli interventi di contrasto delle dipendenze patologiche, intese come area primaria di interventi per la salute, deve valorizzare gli aspetti di pluriprofessionalità specialistica propria dell'offerta di servizio, l'integrazione dei vari attori che direttamente e indirettamente agiscono nell'area delle dipendenze patologiche, la rilevazione dei bisogni e l'ottimizzazione delle risorse;

b) i Servizi per la prevenzione, la cura e la riabilitazione degli stati di dipendenza patologica (SERT), all'interno delle AUSL, devono necessariamente avere una corretta collocazione territoriale nell'ambito di una organizzazione dipartimentale che svolga funzioni di programmazione, controllo e verifica delle attività e delle azioni concretamente articolate a livello distrettuale;

c) l'integrazione del privato sociale accreditato, del volontariato e delle cooperative sociali, nell'ambito di una organizzazione dipartimentale, deve consentire di organizzare offerte di servizio che tengano conto delle risorse e dei bisogni emergenti nel territorio per meglio rispondere alle esigenze di prevenzione primaria, cura e riabilitazione della popolazione in generale e, in particolare, di gruppi di popolazione specifica. Le aree di integrazione oggettiva possono investire oltre alla residenzialità, la semiresidenzialità e specifici moduli organizzativi, gruppi progetto/lavoro nonché unità di strada ed eventuali altri moduli (tabagismo, gambling e altre dipendenze comportamentali, inserimenti lavorativi e altro) che si rendessero necessari e utili a rispondere a bisogni territoriali;

d) integrazione e collaborazione nell'ambito del Consiglio dipartimentale con i comuni e con gli enti istituzionali concorrenti (scuola, servizi sociali di tribunale adulti e minori, prefettura, forze dell'ordine, sindacati, associazioni industriali e imprenditoriali) per lo svolgimento dei compiti previsti di prevenzione e riabilitazione in riferimento ai piani di zona in base alla *legge 8 novembre 2000, n. 328* (Legge-quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) e alla *legge regionale 10 luglio 2006, n. 19* (Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini in Puglia).

2. La Giunta regionale, nel rispetto degli indirizzi e per le finalità di cui al comma 1, disciplina, con propri atti, i seguenti ambiti di intervento:

a) linee di indirizzo e di promozione delle azioni di integrazione socio-sanitaria con particolare riguardo all'implementazione del Piano regionale delle politiche sociali e dei Piani di zona nell'area della prevenzione, cura e riabilitazione;

b) adeguamento degli organici, previa verifica e monitoraggio, con riguardo al *D.M. 30 novembre 1990, n. 444* del Ministro della sanità (Regolamento concernente la determinazione dell'organico e delle caratteristiche organizzative e funzionali dei servizi per le tossicodipendenze da istituire presso le unità sanitarie locali) e successive integrazioni, sulla base del reale carico di pazienti e di prestazioni, al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza (LEA) e gli obblighi istituzionali previsti dalla normativa specifica e correlata nell'area della prevenzione primaria, cura e riabilitazione delle dipendenze patologiche;

c) formulazione di direttive regionali essenziali per realizzare una piena attuazione del *decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230* (Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'*articolo 5 della legge 30 novembre 1998, n. 419*) al fine di garantire un uniforme e sufficiente livello di assistenza ai detenuti tossicodipendenti;

d) passaggio definitivo e organico delle Unità Operative (UO) Carcere nelle AUSL, secondo le previsioni del *D.Lgs. n. 230/1999*, al fine di garantire uniformi, adeguati e dignitosi livelli di assistenza ai detenuti affetti da stati di dipendenza patologica;

e) adeguamento strutturale, tecnico e organizzativo dei servizi pubblici e del privato sociale accreditato secondo i criteri e i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi per l'accreditamento come previsto dalla lettera e) dell'*articolo 11 della legge regionale 28 maggio 2004, n. 8* (Disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, all'accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private) e coerente uniformità sul territorio aziendale nella erogazione del servizio e delle prestazioni, al fine di consentire adeguata accessibilità e continuità assistenziali;

f) monitoraggio periodico, dello stato della realizzazione dei requisiti di accreditamento delle strutture pubbliche e private afferenti ai DDP;

g) dettagliata definizione degli obiettivi da perseguire e degli indicatori di qualità che permettono chiari riferimenti di collocazione e di funzionamento per tutti gli attori coinvolti nonché definizione dei parametri tabellari delle prestazioni che consentano una esatta costituzione del budget complessivo del Dipartimento.

3. Al fine di meglio configurare, razionalizzare e adeguare il sistema regionale delle dipendenze patologiche, la *legge regionale 6 settembre 1999, n. 27* (Istituzione e disciplina del dipartimento delle dipendenze patologiche della AUSL) e le disposizioni connesse sono adeguate ai seguenti indirizzi:

a) organizzazione del DDP in maniera adeguata per rispondere alle funzioni di integrazione e di attuazione degli interventi specifici;

b) a integrazione dell'*articolo 6 (Unità Operative)* della *L.R. n. 27/1999*, si individua la doppia diagnosi psichiatrica quale Unità Operativa specifica nell'ambito del DDP per meglio rispondere alle problematiche diffuse e sempre più emergenti di ulteriore disagio, patologia e carico assistenziale;

c) istituzione nell'Assessorato alle politiche per la salute, di un Ufficio dipendenze patologiche che svolga funzioni di verifica, controllo e monitoraggio

delle attività svolte nei servizi dipartimentali, in attuazione degli indirizzi e delle indicazioni regionali. Nell'Ufficio regionale trova collocazione uno specifico Osservatorio epidemiologico a cui afferisce il sistema rilevazione dati informatizzato della Regione Puglia. L'Ufficio si coordina con l'Assessorato alla solidarietà ai fini dell'integrazione socio-assistenziale nonché della programmazione della prevenzione primaria e della riabilitazione;

d) informatizzazione dei servizi pubblici e privati, in attuazione del progetto Sesit, di cui alla *Delib.G.R. 30 novembre 2005, n. 1722* (Costituzione del Comitato regionale interdipartimentale sulle dipendenze - CRIDIP).

4. Le AUSL per realizzare, attuare e rendere pienamente operativi i SERT e i DDP, sono autorizzate a coprire con contratti di lavoro a tempo indeterminato i posti del ruolo sanitario in organico per i profili professionali vacanti nelle dotazioni organiche dei SERT. Nelle more dell'attuazione del presente comma, le AUSL prorogano i rapporti a tempo determinato attualmente in corso.

5. Per il conseguimento di omogeneità di trattamento tra le varie figure professionali, al personale dipendente inquadrato nei ruoli del SSN ai sensi della *legge 18 febbraio 1999, n. 45* (Disposizioni per il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei Servizi per le tossicodipendenze), ai fini giuridici, economici e previdenziali viene riconosciuta l'anzianità del servizio prestato in regime convenzionale con riferimento all'orario settimanale svolto, secondo i criteri stabiliti nel *decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 8 marzo 2001* (Criteri per la valutazione, ai fini dell'inquadramento nei ruoli della dirigenza sanitaria, del servizio prestato dagli specialisti ambulatoriali, medici e delle altre professionalità sanitarie, dai medici della guardia medica, dell'emergenza territoriale e della medicina dei servizi in regime convenzionale) e con effetti retroattivi ⁽¹⁴⁾.

6. Il personale con qualifica di educatore professionale in servizio presso i SERT, in possesso dei requisiti previsti dall'*articolo 24 della L.R. n. 1/2005*, è equiparato alla figura professionale di collaboratore professionale esperto.

7. Per la realizzazione degli interventi di cui al presente articolo, la Giunta regionale, all'interno del DIEF, individua apposite risorse e obiettivi per i Direttori Generali.

(14) Comma così sostituito dall'*art. 24, L.R. 16 aprile 2007, n. 10* (per l'interpretazione autentica di quanto disposto nel presente comma, vedi l'*art. 17, L.R. 23 dicembre 2008, n. 45*); vedi anche, ai fini dell'applicazione del presente comma e ad integrazione di quanto in esso disposto, l'*art. 3, L.R. 27 novembre 2009, n. 27*. Il testo originario era così formulato: «5. Per il conseguimento di omogeneità di trattamento tra le varie figure professionali, al personale dipendente inquadrato nei ruoli del SSN ai sensi della *legge 18 febbraio 1999, n. 45* (Disposizioni per il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei Servizi per le tossicodipendenze), ai fini giuridici ed economici, viene riconosciuta l'anzianità del servizio prestato in regime convenzionale con riferimento all'orario settimanale svolto.».

Art. 7

Tutela della salute dei detenuti e internati negli Istituti penitenziari.

1. La Regione Puglia tutela il diritto alla salute dei detenuti e degli internati presenti negli Istituti penitenziari ubicati nel territorio regionale assicurando adeguati livelli di prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione, con particolare riferimento alla tutela della salute mentale, analoghi a quelli garantiti ai cittadini in stato di libertà, sulla base degli obiettivi di salute e dei LEA individuati nel Piano regionale di salute (PRS), con particolare riferimento alla tutela della salute mentale.
 2. Al fine di assicurare quanto previsto al comma 1 la Giunta regionale, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, previa consultazione della rappresentanza dei DDP e dell'Amministrazione penitenziaria adegua il protocollo d'intesa tra la Regione Puglia e la stessa Amministrazione, garantendo adeguato livello di assistenza farmaceutica.
 3. Gli oneri conseguenti all'adeguamento del protocollo previsti per l'anno 2006, in misura non superiore a euro 1 milione e 200 mila, comprensivi della quota trasferita dallo Stato per la remunerazione del personale convenzionato, sono ripartiti tra le Aziende sanitarie all'interno del DIEF per l'anno 2006.
 4. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, la Regione emana disposizioni organiche di attuazione del decreto legislativo n. 230/1999 prevedendo la trasformazione del rapporto di lavoro a tempo determinato in rapporto di lavoro a tempo indeterminato a tutti i soggetti impegnati nell'assistenza sanitaria nella disciplina di criminologia clinica alla data di entrata in vigore della presente legge.
-
-

Art. 8

Disposizioni in materia di attività residenziali extra-ospedaliere.

1. La Giunta regionale disciplina la classificazione e le funzioni delle strutture sanitarie residenziali extra-ospedaliere, le relative tariffe e gli obiettivi relativi a flussi informativi promuovendo l'attività residenziale territoriale quale alternativa, in presenza di condizioni cliniche che lo consentano, al ricovero ospedaliero.
2. Il fabbisogno di posti letto per le residenze sanitarie e protette, è individuato come segue:
 - a) residenza sanitaria assistenziale di cui alla Delib.G.R. 19 marzo 2002, n. 210 (Regolamento di organizzazione e funzionamento delle RSA): quattro posti letto ogni 10 mila abitanti di cui uno destinato a pazienti affetti da Alzheimer e demenze senili, che siano gravemente non autosufficienti, fatti salvi i posti già assegnati con la Delib.G.R. 18 novembre 2002, n. 1870 (Piano di riconversione dei Presidi ospedalieri di Bisceglie e Foggia di cui alla Delib.C.R. n. 380/1999 e successive modificazioni di cui alla Delib.G.R. n. 1087/2002 - Definizione dei rapporti con la congregazione religiosa "Casa della Divina provvidenza") ⁽¹⁵⁾;
 - b) residenze socio-sanitarie assistenziali, di cui al Reg. reg. 2 aprile 1997, n. 1 (Articolo 4, comma 2, lettera b), legge regionale 19 aprile 1995, n. 20 - Assegnazione delle quote di spesa per l'assistenza a rilievo sanitario fornita alle persone parzialmente o del tutto non autosufficienti ospitate nelle strutture residenziali protette), e successive modificazioni, e alla L.R. n. 19/2006: 8,5 posti letto ogni 10 mila abitanti ⁽¹⁶⁾;

b-bis) 0,5 posti letto ogni 10 mila abitanti destinati a centri diurni per pazienti affetti da Alzheimer, che possono essere anche annessi alle strutture di cui alle lettere a) e b) ⁽¹⁷⁾.

3. La distribuzione dei posti letto è assicurata su base territoriale provinciale e tenendo conto della popolazione standardizzata con l'indice di vecchiaia.

3-bis. Nel limite dei posti letto stabiliti dal comma 2, gli accordi contrattuali con le residenze socio-sanitarie assistenziali (RSSA) per le attività di carattere sanitario sono stipulati dal direttore generale dell'ASL di competenza territoriale, che ne dà informazione alla conferenza dei sindaci competente per territorio ⁽¹⁸⁾.

3-ter. I direttori generali delle ASL pervengono alla stipula degli accordi contrattuali con le strutture aventi i requisiti previsti dalla *legge regionale 10 luglio 2006, n. 19* (Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini in Puglia) e dal relativo *Reg. reg. 18 gennaio 2007, n. 4*, e successive modificazioni, a seguito di valutazione delle esigenze territoriali e tenuto conto della localizzazione delle strutture nonché della pubblicizzazione aggiornata semestralmente della invalicabile disponibilità dei posti letto ⁽¹⁹⁾.

3-quater. All'istanza presentata dal legale rappresentante delle strutture deve essere allegata la documentazione attestante l'iscrizione al registro di cui all'*articolo 53 della L.R. n. 19/2006* ⁽²⁰⁾.

3-quinquies. L'iscrizione al registro di cui al comma 3-quater deve intendersi quale classificazione secondo le indicazioni dell'*articolo 66 del Reg. reg. n. 4/2007* e non costituisce diritto all'accordo contrattuale ⁽²¹⁾.

3-sexies. L'accordo contrattuale si rinnova con cadenza triennale, rinnovabile ai fini della continuità assistenziale, a seguito della verifica di cui all'*articolo 52 della L.R. n. 19/2006*. L'accordo contrattuale continua a produrre effetti ed efficacia nelle more della nuova sottoscrizione. Ai fini di assicurare la continuità assistenziale, il rinnovo è dovuto alla sola condizione della permanenza dei requisiti minimi di autorizzazione di cui all'*articolo 52 della legge regionale 10 luglio 2006 n. 19* (Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini in Puglia) ⁽²²⁾.

3-septies. In caso di contestuali istanze di accordo contrattuale, a fronte di dichiarata parziale disponibilità di posti letto e a parità di diritto, i direttori generali procedono alla stipula degli accordi contrattuali dando priorità alle strutture che presentano una maggiore offerta di servizi rispetto a quelli minimi regolamentari nel rispetto di linee guida da emanarsi da parte della Giunta regionale entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentite le associazioni di categoria ⁽²³⁾.

3-octies. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, i direttori generali procedono alla stipula degli accordi contrattuali sostitutivi delle convenzioni in essere, anche se scadute e in regime di proroga, e comunque nei limiti dei posti letto mediamente utilizzati nell'ultimo biennio precedente alla data di entrata in vigore della presente legge. Per convenzioni in essere si intendono anche le convenzioni con le residenze socio-sanitarie assistenziali non classificate ai sensi del *Reg. reg. 2 aprile 1997, n. 1* (*Art. 4, comma 2, lettera b*), *legge regionale 19 aprile 1995, n. 20 - Assegnazione delle quote di spesa per l'assistenza a rilievo sanitario fornita alle persone parzialmente o del tutto non autosufficienti ospitate nelle strutture residenziali protette*). Ai fini della continuità

assistenziale, le convenzioni già in essere alla data del 10 febbraio 2013 sono sostituite mediante stipula degli accordi contrattuali anche nelle more del conseguimento di una maggiore offerta di servizi rispetto a quelli minimi regolamentari e anche in assenza di ulteriore fabbisogno nel distretto socio-sanitario di riferimento, a valere sul fabbisogno complessivo del territorio aziendale e tenuto conto della popolazione standardizzata con indice di vecchiaia ⁽²⁴⁾.

3-nones. Gli accordi contrattuali per i posti letto non utilizzati alla data del 10 febbraio 2013, tenuto conto della riserva di cui al comma 3-octies, devono rispettare i criteri di priorità di cui al comma 3-septies ⁽²⁵⁾.

3-decies. Fino alla stipula degli accordi contrattuali di cui al comma 3-octies restano valide le convenzioni già in essere, anche se scadute e in regime di proroga, alla data di entrata in vigore della presente legge ⁽²⁶⁾.

3-undecies. Qualora i direttori generali non ottemperino nei termini di cui al comma 3-octies, la Giunta regionale nomina il commissario ad acta ⁽²⁷⁾.

(15) Lettera così sostituita dall'*art. 41, comma 1, lettera a*, L.R. 25 febbraio 2010, n. 4, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione (vedi anche, per le norme transitorie, il comma 2 del medesimo articolo). Il testo originario era così formulato: «a) Residenza sanitaria assistenziale di cui alla Delib.G.R. 19 marzo 2002, n. 210 (Regolamento di organizzazione e funzionamento delle RSA): 5,5 posti letto ogni 10 mila abitanti di cui uno destinato a pazienti affetti da Alzheimer e demenze senili e 0,5 a centri diurni.».

(16) Lettera così sostituita dall'*art. 41, comma 1, lettera b*, L.R. 25 febbraio 2010, n. 4, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione (vedi anche, per le norme transitorie, il comma 2 del medesimo articolo). Il testo originario era così formulato: «b) Residenze socio-sanitarie assistenziali di cui al Reg. 2 aprile 1997, n. 1 (Articolo 4, comma 2, lettera b), legge regionale 19 aprile 1995, n. 20 - Assegnazione delle quote di spesa per l'assistenza a rilievo sanitario fornita alle persone parzialmente o del tutto non autosufficienti ospitate nelle strutture residenziali protette) e successive modificazioni e alla L.R. n. 19/2006: sette posti letto ogni 10 mila abitanti, fatti salvi i posti già assegnati con la Delib.G.R. 18 novembre 2002, n. 1870 (Piano di riconversione dei Presidi ospedalieri di Bisceglie e Foggia di cui alla Delib.C.R. n. 380/1999 e successive modificazioni di cui alla Delib.G.R. n. 1087/2002 - Definizione dei rapporti con la Congregazione religiosa "Casa della Divina Provvidenza").».

(17) Lettera aggiunta dall'*art. 41, comma 1, lettera c*, L.R. 25 febbraio 2010, n. 4, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione (vedi anche, per le norme transitorie, il comma 2 del medesimo articolo).

(18) Comma aggiunto, unitamente ai commi da 3-ter a 3-undecies, dall'*art. 10, comma 2*, L.R. 25 febbraio 2010, n. 4, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione. In pari tempo il comma 1 del medesimo articolo ha abrogato il comma 39 dell'*art. 3*, L.R. 31 dicembre 2007, n. 40, con il quale erano stati aggiunti nel presente articolo i commi da 3-bis a 3-septies, che pertanto si intendono sostituiti dal presente comma e dagli altri commi aggiunti dal suddetto comma 2 dell'*art. 10*, L.R. n. 4/2010. Il testo originario dei commi sostituiti era il seguente: «3-bis. Fino all'esaurimento dei posti letto di cui al fabbisogno stabilito dal comma 2, alla classificazione delle residenze socio sanitarie assistenziali, a

modifica del comma 4 dell'*articolo 2 del Reg. 2 aprile 1997, n. 1*, provvede con propria determinazione il dirigente del Settore assistenza ospedaliera e specialistica entro trenta giorni dalla data di ricezione del parere espresso dal direttore generale della ASL di competenza .

3-ter. Il direttore generale della ASL di riferimento perviene all'espressione del parere di cui al comma 3-bis a seguito di aggiornata publicizzazione della invalicabile disponibilità di posti letto e di positiva istruttoria dell'istanza di classificazione da parte delle strutture interessate.

3-quater. All'istanza presentata dal legale rappresentante delle strutture in questione deve essere allegata la documentazione attestante l'iscrizione al registro di cui all'*articolo 53 della legge regionale 10 luglio 2006, n. 19* (Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini in Puglia), e il possesso di tutti i requisiti stabiliti dai vigenti regolamenti regionali.

3-quinquies. La globale verifica dei requisiti funzionali corrispondenti alla richiesta tipologia di classificazione deve essere portata a termine entro 30 giorni dalla data di ricevimento. L'eventuale richiesta di documentazione integrativa relativa agli standard organizzativi e servizi speciali deve essere soddisfatta dalla struttura protetta entro 30 giorni dalla formale notifica, trascorsi i quali l'istanza deve ritenersi decaduta.

3-sexies. In caso di contestuali istanze a fronte di dichiarata parziale disponibilità di posti letto e a parità di diritto, il direttore generale, ai fini dell'espressione del proprio parere, può dare priorità alle strutture che presentano una maggiore offerta di servizi rispetto a quelli minimi regolamentari.

3-septies. In prima applicazione della presente norma, sono fatte salve tutte le classificazioni e convenzioni stipulate dalle ASL alla data di entrata in vigore della presente legge.».

(19) Comma aggiunto, unitamente ai commi 3-bis e da 3-quater a 3-undecies, dall'*art. 10, comma 2, L.R. 25 febbraio 2010, n. 4*, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione. In pari tempo il comma 1 del medesimo articolo ha abrogato il comma 39 dell'*art. 3, L.R. 31 dicembre 2007, n. 40*, con il quale erano stati aggiunti nel presente articolo i commi da 3-bis a 3-septies, che pertanto si intendono sostituiti dal presente comma e dagli altri commi aggiunti dal suddetto comma 2 dell'*art. 10, L.R. n. 4/2010*. Il testo originario dei commi sostituiti è riportato in nota al comma 3-bis.

(20) Comma aggiunto, unitamente ai commi 3-bis e 3-ter e da 3-quinquies a 3-undecies, dall'*art. 10, comma 2, L.R. 25 febbraio 2010, n. 4*, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione. In pari tempo il comma 1 del medesimo articolo ha abrogato il comma 39 dell'*art. 3, L.R. 31 dicembre 2007, n. 40*, con il quale erano stati aggiunti nel presente articolo i commi da 3-bis a 3-septies, che pertanto si intendono sostituiti dal presente comma e dagli altri commi aggiunti dal suddetto comma 2 dell'*art. 10, L.R. n. 4/2010*. Il testo originario dei commi sostituiti è riportato in nota al comma 3-bis.

(21) Comma aggiunto, unitamente ai commi da 3-bis a 3-quater e da 3-sexies a 3-undecies, dall'*art. 10, comma 2, L.R. 25 febbraio 2010, n. 4*, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione. In pari tempo il comma 1 del medesimo articolo ha abrogato il comma 39 dell'*art. 3, L.R. 31 dicembre 2007, n. 40*, con il quale erano stati aggiunti nel presente articolo i commi da 3-bis a 3-septies, che

pertanto si intendono sostituiti dal presente comma e dagli altri commi aggiunti dal suddetto comma 2 dell'art. 10, L.R. n. 4/2010. Il testo originario dei commi sostituiti è riportato in nota al comma 3-bis.

(22) Comma aggiunto, unitamente ai commi da 3-bis a 3-quinquies e da 3-septies a 3-undecies, dall'art. 10, comma 2, L.R. 25 febbraio 2010, n. 4, poi così modificato dall'art. 1, comma 1, L.R. 5 agosto 2013, n. 21, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione. In pari tempo il comma 1 del medesimo articolo ha abrogato il comma 39 dell'art. 3, L.R. 31 dicembre 2007, n. 40, con il quale erano stati aggiunti nel presente articolo i commi da 3-bis a 3-septies, che pertanto si intendono sostituiti dal presente comma e dagli altri commi aggiunti dal suddetto comma 2 dell'art. 10, L.R. n. 4/2010. Il testo originario dei commi sostituiti è riportato in nota al comma 3-bis.

(23) Comma aggiunto, unitamente ai commi da 3-bis a 3-sexies e da 3-octies a 3-undecies, dall'art. 10, comma 2, L.R. 25 febbraio 2010, n. 4, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione. In pari tempo il comma 1 del medesimo articolo ha abrogato il comma 39 dell'art. 3, L.R. 31 dicembre 2007, n. 40, con il quale erano stati aggiunti nel presente articolo i commi da 3-bis a 3-septies, che pertanto si intendono sostituiti dal presente comma e dagli altri commi aggiunti dal suddetto comma 2 dell'art. 10, L.R. n. 4/2010. Il testo originario dei commi sostituiti è riportato in nota al comma 3-bis.

(24) Comma aggiunto, unitamente ai commi da 3-bis a 3-septies e da 3-nonies a 3-undecies, dall'art. 10, comma 2, L.R. 25 febbraio 2010, n. 4, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione. In pari tempo il comma 1 del medesimo articolo ha abrogato il comma 39 dell'art. 3, L.R. 31 dicembre 2007, n. 40, con il quale erano stati aggiunti nel presente articolo i commi da 3-bis a 3-septies, che pertanto si intendono sostituiti dal presente comma e dagli altri commi aggiunti dal suddetto comma 2 dell'art. 10, L.R. n. 4/2010. Successivamente il presente comma è stato così modificato dall'art. 16, comma 1, lettera a), L.R. 6 febbraio 2013, n. 7, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione come corretto con avviso di rettifica pubblicato nel B.U. 12 marzo 2013, n. 38, supplemento (articolo così rinumerato per effetto dell'aggiunta in detta legge del nuovo art. 5 disposta con avviso di rettifica pubblicato nel B.U. 22 febbraio 2013, n. 29). Il testo originario dei commi sostituiti è riportato in nota al comma 3-bis.

(25) Comma aggiunto, unitamente ai commi da 3-bis a 3-octies, 3-decies e 3-undecies, dall'art. 10, comma 2, L.R. 25 febbraio 2010, n. 4, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione. In pari tempo il comma 1 del medesimo articolo ha abrogato il comma 39 dell'art. 3, L.R. 31 dicembre 2007, n. 40, con il quale erano stati aggiunti nel presente articolo i commi da 3-bis a 3-septies, che pertanto si intendono sostituiti dal presente comma e dagli altri commi aggiunti dal suddetto comma 2 dell'art. 10, L.R. n. 4/2010. Successivamente il presente comma è stato così sostituito dall'art. 16, comma 1, lettera b), L.R. 6 febbraio 2013, n. 7, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione come corretto con avviso di rettifica pubblicato nel B.U. 12 marzo 2013, n. 38, supplemento (articolo così rinumerato per effetto dell'aggiunta in detta legge del nuovo art. 5 disposta con avviso di rettifica pubblicato nel B.U. 22 febbraio 2013, n. 29). Il testo precedente era così formulato: «3-nonies. Gli accordi contrattuali per i posti letto non utilizzati alla data di entrata in vigore della presente legge devono rispettare i criteri di priorità di cui al comma 3-septies.».

(26) Comma aggiunto, unitamente ai commi da 3-bis a 3-nonies e 3-undecies, dall'art. 10, comma 2, L.R. 25 febbraio 2010, n. 4, a decorrere dal giorno stesso

della sua pubblicazione. In pari tempo il comma 1 del medesimo articolo ha abrogato il comma 39 dell'*art. 3, L.R. 31 dicembre 2007, n. 40*, con il quale erano stati aggiunti nel presente articolo i commi da 3-bis a 3-septies, che pertanto si intendono sostituiti dal presente comma e dagli altri commi aggiunti dal suddetto comma 2 dell'*art. 10, L.R. n. 4/2010*. Il testo originario dei commi sostituiti è riportato in nota al comma 3-bis.

(27) Comma aggiunto, unitamente ai commi da 3-bis a 3-decies, dall'*art. 10, comma 2, L.R. 25 febbraio 2010, n. 4*, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione. In pari tempo il comma 1 del medesimo articolo ha abrogato il comma 39 dell'*art. 3, L.R. 31 dicembre 2007, n. 40*, con il quale erano stati aggiunti nel presente articolo i commi da 3-bis a 3-septies, che pertanto si intendono sostituiti dal presente comma e dagli altri commi aggiunti dal suddetto comma 2 dell'*art. 10, L.R. n. 4/2010*. Il testo originario dei commi sostituiti è riportato in nota al comma 3-bis.

(giurisprudenza)

Art. 9

Disposizioni programmatiche per la tutela della salute mentale.

1. Al fine di assicurare in Puglia lo sviluppo delle politiche di salute mentale, con uno o più atti della Giunta regionale, sono adottati interventi finalizzati ai seguenti obiettivi:

a) completa realizzazione dei Dipartimenti di salute mentale, secondo la *legge regionale 16 dicembre 1998, n. 30* (Norme e principi per il funzionamento dei Dipartimenti di salute mentale previsti dalla *legge regionale 28 dicembre 1994, n. 36*), con l'adeguamento della dotazione del personale, in tutti i profili professionali previsti, così come stabilito anche dal Progetto obiettivo "Tutela della salute mentale 1998/2000" approvato con *decreto del Presidente della Repubblica 10 novembre 1999*;

b) istituzione di Centri di salute mentale (CSM) funzionanti sperimentalmente ventiquattro ore su ventiquattro, sette giorni su sette, dotati di posti letto eccedenti quelli previsti nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC) con tipologia di utenti individuata con circolare di Giunta regionale da emanarsi entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. Il bacino d'utenza dei CSM, di norma, deve coincidere con l'ambito territoriale del Distretto socio-sanitario;

c) realizzazione di strutture terapeutico-riabilitative residenziali a tipologia "familiare" con caratteristiche di civile abitazione e un massimo di dieci posti letto. Sono confermate le strutture residenziali con missione fortemente connotata e semiresidenziali psichiatriche previste dal *Reg. 27 novembre 2002, n. 7* (Regolamento regionale di organizzazione delle strutture riabilitative psichiatriche residenziali e diurne pubbliche e private) con il vincolo dell'innalzamento degli standard minimi per l'accreditamento e l'istituzione di una commissione di controllo con la presenza di associazioni di utenti e familiari;

d) realizzazione di "case per la vita" per utenti cronici, soli, ma con sufficiente capacità di autonomia, da organizzare con regolamento nei successivi tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge;

e) sviluppo delle forme alternative alla assistenza residenziale, come l'affido eterofamiliare realizzato attraverso un sostegno economico alle famiglie affidatarie, previo percorso per le stesse di formazione, selezione e sostegno unitamente a verifiche programmate nonché realizzazione di gruppi-appartamento, con caratteristiche di civile abilitazione, attraverso l'assegnazione di una quota di alloggi dell'edilizia economica e popolare riservata ai pazienti psichiatrici secondo quanto previsto;

f) realizzazione di Centri diurni, con caratteristiche di Centri integrati tra sociale e sanitario, facilmente accessibili, gestiti, di norma, in ambito pubblico, fino a un numero massimo di venti;

g) al fine di favorire il processo di riconversione degli ex ospedali psichiatrici "Casa della divina provvidenza" di Bisceglie e Foggia, le AUSL BA/2 e FG/3 possono affidare alle Opere don Uva la gestione delle nuove strutture da attivarsi sul territorio di cui ai commi c), d) ed f);

h) gestione, in via sperimentale di forme di autogestione di Centri diurni da parte di utenti e gruppi di self-help;

i) iniziative di sostegno anche economico, alle Associazioni di utenti dei servizi psichiatrici e dei loro familiari per la promozione della salute mentale e la lotta allo stigma;

j) organizzazione della assistenza domiciliare specialistica all'interno dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) così come nei compiti istituzionali dei CSM con il controllo del DSM;

k) assegnazione di risorse ai DSM per la costruzione e lo sviluppo delle reti sociali naturali e formali all'interno dei Piani sociali di zona (PSZ), attraverso l'assegnazione di budget vincolato;

l) presa in carico da parte dei DSM dei pazienti detenuti, in attuazione del D.Lgs. n. 230/1999 e dei ricoverati in Ospedale psichiatrico giudiziario per i quali vanno realizzate forme alternative di residenzialità;

m) organizzazione da parte delle AUSL di percorsi formativi per tutti gli operatori del DSM, compresi quelli del privato sociale, mirati a sviluppare competenze e professionalità, a partire dalla centralità territoriale degli interventi in salute mentale; attivazione di tirocini formativi presso i CSM per gli specializzandi in psichiatria e gli studenti di medicina, psicologia, scienze dell'educazione, scienze sociali;

n) istituzione di una Commissione regionale per le iniziative di tutela della salute mentale, con la presenza di rappresentanti di associazioni per la difesa dei pazienti psichiatrici, con la funzione di controllo, proposta e monitoraggio delle problematiche e delle criticità in ambito regionale.

2. Entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, i DSM procedono alla verifica del fabbisogno aziendale e alla programmazione territoriale delle strutture riabilitative nel rispetto dello standard previsto dal Reg. 2 marzo 2006, n. 3 (art. 3, comma 1, lettera a), numero 1), della L.R. n. 8/2004. Fabbisogno prestazioni per il rilascio della verifica di compatibilità e dell'accreditamento istituzionale alle strutture sanitarie e socio-sanitarie). Sulla base dei criteri fissati dalla Giunta regionale le strutture interessate possono

procedere a eventuali riconversioni di attività eccedenti il fabbisogno in altre tipologie di strutture che dovessero risultare carenti.

3. La Giunta regionale adotta uno o più regolamenti attuativi del presente *articolo e della L.R. n. 30/1998* per la parte non modificata dalla presente legge.

Art. 10

Attuazione della legge n. 68/1999.

1. Ai fini della piena attuazione della *legge 12 marzo 1999, n. 68* (Norme per il diritto al lavoro dei disabili) la Giunta regionale costituisce una Commissione regionale interassessorile per il monitoraggio dell'esecuzione delle iniziative previste dalla legge stessa.

Art. 11

Norma di garanzia del livello essenziale di assistenza ospedaliera.

1. Al fine di fronteggiare eventuali situazioni di criticità nell'assicurazione dei LEA, collegate a chiusura temporanea di servizi per interventi strutturali, con conseguente necessità di trasferimento degli stessi, a impossibilità logistica di ospitare unità operative così come previste dalla programmazione regionale e altre difficoltà rilevate nell'attuazione della programmazione stessa, nonché al fine di ridurre i tempi di attesa, fino all'adozione del nuovo PRS, fermi restando i vincoli posti dalla programmazione sanitaria nonché dalle esigenze di equilibrio economico, i Direttori generali delle AUSL possono disporre l'attivazione di nuove attività o loro trasferimenti di sede. I relativi provvedimenti devono essere proposti entro 10 giorni dalla loro adozione alla Giunta regionale, che si esprime entro i successivi trenta giorni.

2. Nelle more della rimodulazione della rete ospedaliera, le Aziende sanitarie provvedono all'attivazione di almeno un modulo di quattro posti letto in ciascuna AUSL o Azienda ospedaliera di Unità di terapia intensiva pneumologica e un modulo di sei posti letto di Terapia semi intensiva neurologica (stroke units).

3. Nelle Aziende ospedaliero-universitarie può essere istituita una struttura semplice amministrativa deputata alla gestione dei rapporti con l'Università.

TITOLO II

Accreditamento, rapporti contrattuali

Art. 12

Modifiche alla L.R. n. 8/2004⁽²⁸⁾.

[1. Alla L.R. n. 8/2004 sono apportate le seguenti modifiche:

- a) il secondo periodo del comma 2 dell'articolo 6, come modificato dall'*articolo 16 della L.R. n. 1/2005*, è soppresso;
- b) al comma 1 dell'articolo 7, come integrato dall'*articolo 17 della L.R. n. 12/2005*, sono aggiunte, infine, le seguenti parole: "fatta eccezione per le strutture di cui alla lettera a), punto 1), numeri 1.2.2, 1.2.4, 1.3 e punto 2), numeri 2.3 e 2.4, del comma 1 dell'articolo 5". Il parere di compatibilità non è richiesto per le strutture già autorizzate alla realizzazione prima dell'entrata in vigore della *legge regionale 22 dicembre 2000, n. 28* (Variazione al bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2000);
- c) al comma 3 dell'articolo 19 le parole "e 8" sono sostituite dalle seguenti: "e 7-bis";
- d) dopo il comma 7-bis dell'articolo 19 è aggiunto il seguente:

"7-ter. I professionisti autorizzati ai sensi del comma 2 sono tenuti al pagamento della tassa governativa di cui all'*articolo 1, lettera e), del decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1972, n. 4* (Trasferimento alle Regioni a statuto ordinario delle funzioni amministrative statali in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera e dei relativi personale e uffici), recepito con *legge regionale 4 dicembre 2001, n. 31* (Disposizioni di carattere tributario), a decorrere dalla data dell'autorizzazione definitiva all'esercizio, rilasciata ai sensi del comma 6.";
- e) al comma 2 dell'articolo 21, modificato dall'*articolo 17 della L.R. n. 12/2005*, dopo la lettera h) sono aggiunte le seguenti:

"h-bis) In sede di adozione del PRS, la Giunta regionale, in esecuzione della propria Delib.G.R. 28 settembre 2005, n. 1585, ridefinisce gli standard di posti letto per disciplina secondo criteri di efficacia ed efficienza, anche al fine di garantire l'equa distribuzione territoriale e la riduzione della mobilità passiva extra-regionale;

h-ter) In sede di revisione dell'organizzazione ospedaliera, in esecuzione della Delib.G.R. n. 1385/2005, la Giunta ridefinisce gli standard secondo criteri di efficienza ed efficacia, anche al fine di garantire l'equa distribuzione territoriale delle strutture e la riduzione della mobilità passiva extra-regionale";
- f) dopo il comma 4-bis dell'articolo 21 è aggiunto il seguente:

"4-ter. Le strutture di ricovero per acuti già autorizzate e in esercizio al 31 ottobre 2003 nonché le strutture transitoriamente accreditate, che sottoscrivono le preintese di cui alla Delib.G.R. 28 settembre 2005, n. 1385 (Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005. Adeguamento dello standard di posti letto), possono presentare domanda di accreditamento entro dodici mesi dalla data di adozione delle preintese da parte della Giunta regionale. Le strutture che a seguito della sottoscrizione delle preintese devono riconvertire posti letto per acuti in attività residenziale extra-ospedaliera o altra fattispecie che configuri una delle condizioni previste dall'articolo 5, comma 1, lettera a), numero 3), possono presentare domanda di accreditamento, entro lo stesso termine di cui al presente comma, per le nuove attività da assicurare presso la stessa o diversa struttura. L'approvazione delle preintese da parte della Giunta regionale e la Delib.G.R. n. 1870/2002 costituiscono valutazione positiva di compatibilità col fabbisogno ai fini

dell'autorizzazione alla realizzazione e di funzionalità rispetto alla programmazione, in deroga alle procedure di cui all'articolo 7, intendendosi il fabbisogno determinato all'esito delle suddette preintese e dalle stesse soddisfatto per quanto riguarda i posti letto per acuti. Per le attività di nuova realizzazione, tali strutture sono esentate dalla presentazione del piano di adeguamento di cui al comma 4, fermo restando il possesso dei requisiti accertato secondo la procedura di verifica degli stessi";

g) il comma 6 dell'articolo 21 è soppresso;

h) all'articolo 24 dopo il comma 2 sono inseriti i seguenti:

"2-bis. Ai fini della riduzione delle liste d'attesa, le strutture di cui all'articolo 5, comma 1, lettera a), numeri 1.2, 1.3 e a2, numeri 2.3 e 2.4, possono presentare domande di accreditamento istituzionale unitamente alla domanda di autorizzazione, fermo restando il rispetto del fabbisogno individuato nel regolamento di cui all'articolo 3.

2-ter. I centri prelievo sono permessi solo a coloro che hanno nello stesso comune un laboratorio di analisi accreditato.";

i) il comma 5 dell'articolo 24 è sostituito dal seguente:

"5. Qualora il professionista accreditato, ai sensi dell'*articolo 6, comma 6, della legge 23 dicembre 1994, n. 724* (Misure di razionalizzazione della finanza pubblica), intenda continuare la propria attività in forma associata, a domanda, è consentito il trasferimento dell'autorizzazione e dell'accreditamento, da effettuarsi con specifico atto dell'autorità competente, a condizione che trattasi di associazioni di persone costituite da professionisti abilitati all'esercizio professionale nella stessa branca, previa verifica della sussistenza dei titoli e requisiti nonché le quantità e tipologie di prestazioni da erogare per conto e a carico del SSR nell'ambito degli appositi rapporti, unitamente ad atto consensuale degli associati che concordino preventivamente nell'eventualità di qualsivoglia recesso e per qualsiasi causa la titolarità dell'autorizzazione e dell'accreditamento dell'associazione. In caso di scioglimento della predetta associazione o di recesso del professionista associato, già titolare dell'autorizzazione e dell'accreditamento, rivive la titolarità originaria.";

j) il comma 3 dell'articolo 29, già sostituito dall'*articolo 17 della L.R. n. 12/2005*, è sostituito dal seguente:

"3. In fase di prima applicazione della presente legge, per le strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti, il numero dei posti letto da confermare per l'autorizzazione all'esercizio va calcolato determinandolo in base ai requisiti minimi strutturali per l'area di degenza fissati dalla Regione, fino al massimo della dotazione dei posti letto autorizzati alla data del 31 ottobre 2003, fatti salvi i posti già assegnati con la Delib.G.R. n. 1870/2002 previsti dal riordino della rete ospedaliera. Nel caso in cui il numero dei posti letto così calcolati risulti inferiore rispetto a quelli autorizzati alla data del 31 ottobre 2003, le strutture sanitarie possono richiedere nuova autorizzazione per l'ampliamento del numero dei posti letto o per il trasferimento presso nuova struttura, configurandosi la fattispecie prevista dall'articolo 5, comma 1, lettera a), numero 3). Nel caso in cui non sia richiesto l'aumento o il trasferimento, l'autorizzazione relativa ai posti letto eccedenti decade dalla data del provvedimento di rilascio dell'accreditamento istituzionale. Nel caso in cui il numero dei posti letto ricalcolati risulti inferiore rispetto alla

dotazione minima di cui all'articolo 6, comma 2, le strutture sanitarie che non abbiano già provveduto possono inoltrare richiesta di adeguamento del numero dei posti letto o di trasferimento presso nuova struttura, configurandosi la fattispecie prevista dall'articolo 5, comma 1, lettera a), numero 3). In mancanza, l'autorizzazione all'esercizio per l'intera struttura decade. In entrambe le ipotesi, nel caso di richiesta di adeguamento del numero dei posti letto o di trasferimento presso nuova struttura, i termini per uniformarsi ai requisiti sono quelli di cui all'articolo 19, comma 3.";

k) dopo il comma 4 dell'articolo 29 sono inseriti i seguenti:

"4-bis. Le strutture e i professionisti autorizzati e/o transitoriamente accreditati, individuati in applicazione dei fabbisogni determinati dai regolamenti regionali di cui all'articolo 3, in caso di necessità di adeguamento ai requisiti strutturali di cui al *Reg. 13 gennaio 2005, n. 3* (Requisiti per autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie), sono autorizzati al trasferimento definitivo e/o alla realizzazione di nuove strutture nell'ambito della stessa AUSL, secondo le vigenti procedure autorizzative. Il trasferimento non comporta la sospensione né la revoca dell'accreditamento transitorio, che deve intendersi valido ed efficace fino all'acquisizione dell'accreditamento istituzionale. A tal fine si applicano le procedure di cui al comma 4, per quanto compatibili.".

"4-ter. In deroga a quanto previsto all'articolo 24, comma 4, le strutture provvisoriamente e transitoriamente accreditate ai sensi del *Reg. 27 novembre 2002, n. 7* (Regolamento regionale di organizzazione delle strutture riabilitative psichiatriche residenziali e diurne pubbliche e private), nonché le strutture transitoriamente accreditate di cui alla Delib.G.R. 13 giugno 2006, n. 813 (Schema di regolamento. «Modifica dell'articolo 5 del Reg. 6 aprile 2005, n. 16 "L.R. n. 8/2004 - art. 3: fabbisogno di posti letto delle strutture private eroganti prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno"»), possono presentare domanda di accreditamento istituzionale.";

l) al primo periodo del comma 5 dell'articolo 29, come modificato dall'*articolo 16 della L.R. n. 1/2005*, la parola "distretto" è sostituita dalla seguente: "AUSL";

m) alla lettera b) del comma 5 dell'articolo 29, come modificato dall'*articolo 1 della L.R. n. 1/2005*, il termine "quattro" è sostituito dal seguente: "cinque";

n) dopo il comma 6 dell'art. 29 è aggiunto il seguente:

"6-bis. I soggetti transitoriamente accreditati che hanno realizzato interventi strutturali per le cui opere è stata rilasciata concessione edilizia prima della data di entrata in vigore della *L.R. n. 28/2000* hanno diritto alla conferma dei posti letto in esercizio alla data del rilascio della concessione e possono chiedere l'ampliamento, ai soli fini dell'autorizzazione, dei posti letto in conformità con il progetto approvato con la stessa concessione e purché la nuova struttura sia conforme ai requisiti minimi strutturali per l'area di degenza fissati dalla Regione. Ai posti letto autorizzati ai sensi del presente comma non si applica il regime dell'assistenza indiretta.".

2. Le richieste delle strutture sanitarie di adeguamento del numero dei posti letto o di trasferimento presso nuova struttura, di cui al terz'ultimo periodo del comma 3 dell'*articolo 29 della L.R. n. 8/2004*, come sostituito dalla lettera j) del precedente comma 1, possono essere inoltrate entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.

3. Le domande di accreditamento istituzionale di cui al comma 4-ter dell'*articolo 29 della L.R. n. 8/2004*, introdotto dalla lettera k) del precedente comma 1, possono essere presentate entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge"].

(28) Articolo abrogato dall'*art. 31, comma 1, lettera e), L.R. 2 maggio 2017, n. 9*, a decorrere dal 2 maggio 2017.

Art. 13

Accreditamento strutture specialistiche.

1. In deroga a quanto previsto dal comma 4 dell'*articolo 24 della L.R. n. 8/2004*, il bando per l'accreditamento delle strutture eroganti attività di specialistica ambulatoriale, transitoriamente accreditate, è emanato entro il 30 settembre 2006.

Art. 14

Protocollo d'intesa Casa sollievo della sofferenza di San Giovanni Rotondo e remunerazione Enti ecclesiastici.

1. Ai fini del completo adempimento da parte della Regione degli impegni assunti col protocollo d'intesa del 23 settembre 2004 tra Presidenza del Consiglio dei Ministri, Ministero della salute, Regione Puglia e Casa sollievo della sofferenza di San Giovanni Rotondo, sono assicurate le iniziative di cui ai commi 2, 3 e 4.

2. La somma residua fino alla concorrenza di euro 35 milioni, che non ha trovato copertura nelle risorse di cui all'*articolo 17, comma 3, della L.R. n. 1/2005*, è liquidata con utilizzo della quota assegnata alla Regione Puglia in sede di riparto tra le Regioni della somma di euro 2 miliardi di cui all'*articolo 1, comma 164, della legge 30 dicembre 2004, n. 311* (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - legge finanziaria 2005).

3. Fino all'assunzione in carico da parte delle competenti AUSL dei centri dialisi di Manfredonia, Vieste e Rodi Garganico, la Regione riconosce, a titolo di contributo al sostegno di funzione non sufficientemente remunerata, la somma annua di euro 500 mila a decorrere dall'anno 2006.

4. In attuazione dell'ultimo periodo del protocollo d'intesa di cui al comma 1, è riconosciuto, a decorrere dal 1° gennaio 2006, l'incremento delle tariffe vigenti in misura pari al 10 per cento delle tariffe ministeriali in vigore dal 1° gennaio 1998 per i DRG relativi a ricoveri di alta specialità individuati nella Tariffa unica convenzionale (TUC) e 5,5 per cento per gli altri DRG, fatta esclusione di quelli di cui all'allegato 2C al *decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001* (Definizione dei livelli essenziali di assistenza) e successive modificazioni e integrazioni disposte anche a livello regionale.

5. Al fine di garantire uniformità di trattamento ai tre Enti ecclesiastici equiparati per livello di complessità alle Aziende ospedaliere, le disposizioni di cui al comma

4 sono applicate anche agli Enti ecclesiastici "Panico" di Tricase e "Miulli" di Acquaviva delle Fonti⁽²⁹⁾.

6. Le disposizioni di cui ai commi 4 e 5 sono finalizzate anche a far fronte ai maggiori oneri derivanti dai rinnovi dei contratti di lavoro nonché a realizzare processi di deospedalizzazione comportanti riduzione di costi per ricoveri non appropriati⁽³⁰⁾.

7. All'onere derivante dal presente articolo si fa fronte con il Fondo sanitario regionale annuale, secondo stanziamenti appositamente previsti nel DIF.

(29) Vedi anche, per la conferma per l'anno 2007 delle disposizioni di cui al presente comma, l'*art. 35, L.R. 16 aprile 2007, n. 10*.

(30) Vedi anche, per la conferma per l'anno 2007 delle disposizioni di cui al presente comma, l'*art. 35, L.R. 16 aprile 2007, n. 10*.

Art. 15

Tariffe IRCCS pubblici e privati e Aziende ospedaliero-universitarie e altri Presidi ospedalieri⁽³¹⁾.

1. Le tariffe DRGs per la remunerazione dei ricoveri ospedalieri attualmente in vigore per gli IRCCS pubblici e privati, Aziende ospedaliero-universitarie nonché altri Presidi ospedalieri pubblici sono incrementate, a decorrere dal 1° gennaio 2006, nella misura prevista dall'articolo 14, commi 4 e 5, per le finalità previste al comma 6 e con la copertura finanziaria di cui al comma 7 dello stesso articolo.

(31) Vedi anche, per la conferma per l'anno 2007 delle disposizioni di cui al presente articolo, l'*art. 35, L.R. 16 aprile 2007, n. 10*.

Art. 16

Tariffe case di cura private⁽³²⁾.

1. Le tariffe DRG riconosciute alle case di cura private a decorrere dal 1° gennaio 2006, fatta esclusione di quelle riguardanti i DRGs di cui all'allegato 2 C al D.P.C.M. 29 novembre 2001 e successive modificazioni e integrazioni disposte anche a livello regionale, sono incrementate nelle misure riportate alle lettere che seguono:

a) DRGs relativi a ricoveri di alta specialità individuati nella TUC

Classe A 105 per cento delle tariffe ex *D.M. 30 giugno 1997*

Classe B 100 per cento delle tariffe ex *D.M. 30 giugno 1997*

Classe C 90 per cento delle tariffe ex *D.M. 30 giugno 1997*

b) Altri DRGs

Classe A 98 per cento delle tariffe ex *D.M. 30 giugno 1997*

Classe B 92 per cento delle tariffe ex *D.M. 30 giugno 1997*

Classe C 85 per cento delle tariffe ex *D.M. 30 giugno 1997*

c) [La percentuale del 25 per cento prevista dall'*articolo 17, comma 3, della L.R. n. 14/2004* è elevata al 50 per cento per i DRGs relativi ai parti, con esclusione dei parti cesarei] ⁽³³⁾.

2. Le disposizioni di cui al comma 1 sono finalizzate anche a far fronte ai maggiori oneri derivanti dai rinnovi dei contratti di lavoro nonché a realizzare processi di deospedalizzazione comportanti riduzione di costi per ricoveri non appropriati.

3. A decorrere dal 1° gennaio 2006 e fino alla definizione della rete regionale di assistenza riabilitativa ad alta specialità, la funzione assistenziale di neuroriparazione e terapia intensiva, assicurata a pazienti con esiti di gravi eventi vascolari e traumatici a livello cerebrale dalle strutture appositamente autorizzate, è remunerata con modalità stabilite dalla Giunta regionale, sulla base del costo standard di produzione del programma di assistenza, che garantiscono l'effettiva copertura dei costi relativi ai fattori produttivi impiegati con riferimento agli standard organizzativi previsti dalla normativa vigente ⁽³⁴⁾.

4. All'onere derivante dal presente articolo si fa fronte con il Fondo sanitario regionale annuale.

5. Gli incrementi tariffari disposti dal presente articolo nonché dagli articoli 14 e 15, si applicano anche alle tariffe DRGs, nuove o modificate, rispetto a quelle di cui al *decreto ministeriale 30 giugno 1997* (Aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, di cui al *decreto ministeriale 14 dicembre 1994*), a seguito del passaggio al nuovo sistema di classificazione CMS versione 19 purché non superino quelle individuate nella TUC.

(32) Vedi anche, per la conferma per l'anno 2007 delle disposizioni di cui al presente articolo, l'*art. 35, L.R. 16 aprile 2007, n. 10*.

(33) Lettera abrogata dall'*art. 3, comma 3, L.R. 24 settembre 2010, n. 12*. Vedi anche, quanto disposto dall'*art. 4* della medesima legge riguardo alla sua efficacia.

(34) Vedi anche l'*art. 3, comma 37, L.R. 31 dicembre 2007, n. 40*.

Art. 17

Accordi contrattuali case di cura.

1. A decorrere dall'anno 2006 le AUSL, al fine di stipulare gli accordi contrattuali *ex articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502* (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'*articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*) e successive modificazioni, in attuazione dell'*articolo 30 della L.R. n. 4/2003* e dell'*articolo 20 della L.R. n. 1/2005*, in conseguenza del rilascio degli accreditamenti istituzionali in esecuzione della *L.R. n. 8/2004* e successive modificazioni, determinano il volume finanziario di *risorse da trasferire dal regime di rimborso in assistenza indiretta al tetto di remunerazione delle prestazioni in*

regime di accreditamento e accordi contrattuali. Nella stipula degli accordi contrattuali le AUSL tengono conto della riclassificazione delle Case di cura ai sensi della *legge regionale 30 maggio 1985, n. 51* (Disciplina concernente le Case di cura private), a cui provvede il Dirigente del competente Settore dell'Assessorato alle politiche della salute, secondo apposita copertura da assicurare con il DIF.

2. In attuazione di quanto previsto al comma 1, il tetto invalicabile di remunerazione per ciascuna Casa di cura in precedenza solo autorizzata, a cui è stato riconosciuto l'accreditamento, deve essere determinato con riferimento al valore delle prestazioni erogate nel 2005, in assistenza indiretta, ai pazienti di tutte le AUSL della Regione Puglia, rivalutato secondo la tariffa di fascia di appartenenza della struttura e tenuto conto della capacità erogativa delle singole strutture, definita sulla base dei parametri di qualità funzionali all'accreditamento. Tale tetto deve intendersi al netto del valore riferito a prestazioni eseguite in mobilità extraregionale e al netto del costo del materiale protesico.

3. Il valore soglia di ogni singola struttura, ai fini dell'applicazione della regressione tariffaria del 15 per cento prevista dalla normativa vigente, è rappresentato dal valore del tetto invalicabile, così come determinato al comma 2, decurtato del 20 per cento. Ai fini della remunerazione dei 43 DRGs ad alto rischio di inappropriatezza, le Case di cura istituzionalmente accreditate sono tenute a rispettare i limiti di ammissibilità e le modalità di remunerazione previsti dall'*articolo 22, comma 1, della legge regionale 7 gennaio 2004, n. 1* (Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2004 e bilancio pluriennale 2004-2006 della Regione Puglia).

4. Per le Case di cura di cui al comma 1 valgono tutte le norme vigenti in materia di accordi contrattuali tra l'ospedalità privata e la Regione Puglia.

5. Per le Case di cura che hanno ricevuto un provvedimento di accreditamento parziale dei posti letto, rispetto al totale dei posti letto da accreditare, il tetto invalicabile, così come determinato al comma 2, e il valore soglia di cui al comma 3, sono proporzionalmente adeguati al numero dei posti letto accreditati.

6. Nelle clausole contrattuali deve essere inserito il rispetto dei requisiti organizzativi con particolare riferimento alla dotazione di personale, in relazione a volumi e tipologia di prestazioni da assicurare, garantendo l'applicazione dei Contratti collettivi di lavoro. Nelle clausole contrattuali devono essere altresì inserite le modalità di assicurazione dell'attività di emergenza e del collegamento al CUP aziendale ai fini della riduzione delle liste d'attesa.

Art. 18

Accordi contrattuali con le strutture specialistiche.

1. In sede di stipula degli accordi regionali sulle modalità e limiti di remunerazione delle prestazioni per le strutture sanitarie transitoriamente o istituzionalmente accreditate, la Giunta regionale provvede ad aggiornare e rendere attuali le modalità di calcolo, superando il riferimento all'anno 1998, tenendo conto della presenza di nuovi soggetti accreditati, della valorizzazione delle attività territoriali, delle prestazioni introdotte nel nomenclatore dopo il 1998, della reale capacità erogativa delle strutture nonché degli obiettivi di appropriatezza e governo della domanda.

2. [A modifica di quanto previsto dall'*articolo 17, comma 2, della L.R. n. 14/2004*, fermo restando quanto previsto al precedente comma 1, le prestazioni erogate oltre il tetto di spesa sono remunerate nelle percentuali definite dalla Giunta regionale a seguito dell'individuazione dei costi marginali effettuata d'intesa con le organizzazioni regionali rappresentative] ⁽³⁵⁾.

2-bis. Le prestazioni specialistiche ambulatoriali di medicina fisica e riabilitativa (fisiokinesiterapia) sono remunerate nel limite del tetto di spesa assegnato a ciascuna struttura in applicazione del documento di indirizzo economico e funzionale (DIEF) approvato annualmente dalla Giunta regionale ⁽³⁶⁾.

2-ter. Nessuna remunerazione è dovuta per le prestazioni specialistiche ambulatoriali di medicina fisica e riabilitativa (fisiokinesiterapia) eccedenti il tetto di spesa di cui al comma 2-bis ⁽³⁷⁾.

3. Negli accordi contrattuali stipulati dalle Aziende sanitarie sono individuate le modalità di collegamento al CUP aziendale ai fini della riduzione delle liste d'attesa.

(35) Comma abrogato dall'*art. 3, comma 3, L.R. 24 settembre 2010, n. 12*. Vedi anche, quanto disposto dall'*art. 4* della medesima legge riguardo alla sua efficacia.

(36) Comma aggiunto dall'*art. 16, L.R. 2 luglio 2008, n. 19*.

(37) Comma aggiunto dall'*art. 16, L.R. 2 luglio 2008, n. 19*.

(giurisprudenza)

Art. 19

Contratti per prestazioni domiciliari ⁽³⁸⁾.

1. Per favorire la piena operatività nel territorio di riferimento delle strutture pubbliche attive nell'ambito dell'assistenza domiciliare, le ASL impegnano il personale dipendente e convenzionato per l'attività necessaria all'attuazione del piano assistenziale individuale (PAI) anche con il ricorso agli istituti contrattualmente previsti.

2. Previa definizione del fabbisogno di prestazioni nell'ambito territoriale di ciascuna ASL e della capacità produttiva delle risorse proprie in relazione alle attività da garantire, le ASL stipulano accordi contrattuali per le prestazioni di riabilitazione domiciliare di cui si ravvisi la necessità.

3. I direttori generali delle ASL, determinato il fabbisogno di cui al comma 2, stipulano gli accordi contrattuali con i presidi privati già provvisoriamente e/o istituzionalmente accreditati con il servizio sanitario per l'erogazione di prestazioni di riabilitazione domiciliare ex *articolo 26 della legge 23 dicembre 1978, n. 833* (Istituzione del servizio sanitario nazionale), insistenti nel territorio dell'ASL di riferimento.

4. [Qualora il fabbisogno non possa essere soddisfatto attraverso gli accordi contrattuali con i soggetti insistenti nel territorio dell'ASL di riferimento, i direttori

generali stipulano accordi contrattuali con strutture insistenti in altri ambiti territoriali regionali, in ragione dell'abbattimento delle liste di attesa] ⁽³⁹⁾.

5. Le prestazioni di cui al presente articolo possono essere erogate solo da strutture autorizzate e accreditate per prestazioni domiciliari, fino all'attuazione di quanto previsto dal comma 6.

6. La Giunta Regionale con uno o più provvedimenti procede, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, all'adozione del regolamento dell'assistenza domiciliare per trattamenti riabilitativi cui devono adeguarsi le strutture provvisoriamente o istituzionalmente accreditate che intendano erogare prestazioni di assistenza domiciliare ex *articolo 26 della L. 833/1978*.

(38) Il presente articolo, già sostituito dall'*art. 19, L.R. 3 agosto 2007, n. 25*, è stato poi nuovamente così sostituito dall'*art. 8, L.R. 25 febbraio 2010, n. 4*, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione. Il testo precedente era così formulato: «Art. 19. Contratti per prestazioni domiciliari. 1. I direttori generali, ferma restando la piena operatività delle strutture pubbliche, che a tal fine possono utilizzare personale della continuità assistenziale mediante estensione dell'orario di lavoro, stipulano contratti con i presidi accreditati per l'erogazione di prestazioni di riabilitazione in forma domiciliare, insistenti nel rispettivo territorio e/o in altri ambiti territoriali, rivolte alla presa in carico dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali, tenendo conto del fabbisogno determinato nell'ambito territoriale di ciascuna ASL.

2. La stipula degli accordi contrattuali di cui al comma 1 deve essere ispirata dai raggiungimento dei seguenti obiettivi:

a) esercizio pieno del diritto alla libera scelta da parte dell'utente, in coerenza con quanto stabilito dal *decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502* (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'*articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*), e dall'*articolo 2, comma 3, della legge regionale 3 agosto 2006, n. 25* (Principi e organizzazione del servizio sanitario regionale);

b) facilità di accesso per Putente e riduzione dei tempi di attesa.

3. Al fine di garantire un'adeguata assistenza sanitaria domiciliare assicurando l'integrazione degli interventi socio-sanitari, il servizio sanitario regionale (SSR) promuove il potenziamento dell'assistenza medica e infermieristica a domicilio erogata nelle forme dell'assistenza domiciliare sanitaria. A tal fine è assicurata la formazione del personale dedicato e l'integrazione dell'assistenza domiciliare con le strutture distrettuali e la medicina di base per la realizzazione della rete dei servizi territoriali omogenea su tutto il territorio regionale.».

(39) La Corte costituzionale, con sentenza 22-26 ottobre 2012, n. 236 (Gazz. Uff. 31 ottobre 2012, n. 43, 1^a serie speciale), ha dichiarato l'illegittimità costituzionale del presente comma.

Art. 20

Unioni temporanee di acquisto.

1. La Regione promuove e incentiva le Unioni temporanee di acquisto tra Aziende e Istituti del SSR.

2. Le Aziende e Istituti del SSR promuovono o partecipano, sulla base di protocolli d'intesa definiti tra le parti e coordinati dal Nucleo di cui al comma 3, a "Unioni di acquisto", con l'obiettivo di migliorare il potere contrattuale della domanda. Gli acquisti unificati riguardano in via prioritaria prodotti sanitari ed economali per i quali sia possibile standardizzare comunemente le specifiche tecniche, ovvero servizi di comune utilizzazione.

3. È istituito, in via sperimentale, presso l'Assessorato alle politiche della salute il Nucleo regionale per il coordinamento delle Unioni d'acquisto, incaricato della pianificazione, promozione e sviluppo delle attività connesse con l'acquisizione della domanda di beni necessari per il funzionamento delle Aziende e Istituti del SSR che si realizzano attraverso formalizzati protocolli d'intesa sulla base delle direttive vincolanti impartite dal Nucleo regionale.

4. Il Nucleo regionale per il coordinamento delle Unioni d'acquisto è composto da rappresentanti dell'Assessorato alle politiche della salute, dell'ARES e delle Aziende e Istituti del SSR ed è istituito con deliberazione di Giunta regionale.

5. Entro il 30 marzo di ogni anno le aziende e istituti del SSR comunicano all'Osservatorio regionale degli appalti, dei prezzi, delle tecnologie, dei dispositivi medici e protesici e degli investimenti del SSR i contratti per la fornitura di beni e servizi scaduti o in scadenza nei successivi dodici mesi in relazione ai quali, nel rispetto di quanto previsto dall'*articolo 57, comma 7, del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163* (Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione della *direttiva 2004/17/CE* e della *direttiva 2004/18/CE*), e successive modificazioni, sono obbligate ad avviare le relative procedure d'acquisto, specificando⁽⁴⁰⁾:

a) il valore complessivo dell'appalto;

b) la procedura d'acquisto che intendono esperire indicando le modalità di aggiudicazione prescelte;

c) il ruolo che, eventualmente, intendono assumere nell'ambito del procedimento da promuovere con particolare riferimento alla definizione degli obblighi nei confronti dell'azienda che verrà designata, dal Nucleo di cui al comma 3, "capofila";

d) le modalità con cui intendono procedere, eventualmente, alla nomina dei componenti delle commissioni giudicatrici.

(40) Alinea così sostituito dall'*art. 31, comma 5, L.R. 25 febbraio 2010, n. 4*, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione. Il testo originario era così formulato: «Entro il 30 marzo di ogni anno le Aziende e Istituti del SSR comunicano al Nucleo di cui al comma 3 i contratti per la fornitura di beni e servizi in scadenza nei successivi dodici mesi, in relazione ai quali intendono costituirsi in Unione d'acquisto, specificando:».

Art. 21
Disposizioni in materia di appropriatezza.

1. Il SSR persegue l'appropriatezza clinica valorizzando prioritariamente le seguenti azioni:

- a) tutela della salute agendo attraverso azioni di prevenzione (primaria, secondaria, terziaria) effettuata al fine di ridurre i bisogni di prestazioni;
- b) governo dell'offerta incidendo sulla riorganizzazione, sull'accessibilità e sulla disponibilità di servizi;
- c) qualificazione dei comportamenti dell'utenza attraverso azioni di comunicazione e di educazione al fine di creare una cultura della salute e del corretto e responsabile utilizzo dei servizi pubblici;
- d) responsabilizzazione dei prescrittori che traducono il bisogno di salute in domanda di prestazioni sanitarie, attraverso la produzione, diffusione, implementazione, valutazione e revisione di linee-guida, percorsi diagnostico-terapeutici, protocolli clinici nonché definizione di protocolli di farmaco utilizzo finalizzati a ridurre i consumi di farmaci e a massimizzare il rapporto costo/efficacia delle prescrizioni farmaceutiche;
- e) formazione continua dei prescrittori e degli operatori, con particolare riferimento al governo clinico;
- f) attivazione di modelli gestionali per il livello delle cure primarie mediante la progettazione di strutture organizzative nell'ambito del distretto (unità territoriali di assistenza primaria, associazionismo MMG/PLS, budget distrettuale);
- g) implementazione del sistema informativo per l'attività assistenziale erogata sul territorio.

2. Ai fini della realizzazione dell'obiettivo del buon uso del farmaco, le AUSL assicurano le seguenti iniziative:

- a) i Direttori generali delle AUSL determinano annualmente, per i Distretti di competenza, i livelli di spesa farmaceutica e predispongono programmi di attività mirati a perseguire l'appropriatezza e la razionalizzazione dell'impiego delle risorse, sulla base delle attribuzioni previste per ciascuna AUSL;
- b) fermo restando quanto previsto in materia dal Contratto collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, al fine di consentire le verifiche sull'appropriatezza prescrittiva delle componenti professionali e il governo dell'eventuale superamento del tetto di spesa programmato, periodicamente i Direttori generali verificano l'andamento della spesa farmaceutica territoriale e il raggiungimento degli obiettivi assegnati. A tal fine provvedono alla convocazione dei medici iperprescrittori per individuare le cause del superamento del tetto programmato;
- c) i Direttori generali trasmettono trimestralmente dettagliata relazione all'Assessorato alle politiche della salute circa le verifiche eseguite e i casi di superamento del tetto prefissato;
- d) i Direttori generali, per il tramite dei servizi farmaceutici ospedalieri e territoriali, adottano ogni utile iniziativa finalizzata alla promozione dell'utilizzo appropriato dei farmaci equivalenti;

e) i farmacisti convenzionati, ove rilevino palesi incongruenze o contraddittorietà nella prescrizione di farmaci, con particolare riferimento alle controindicazioni del loro uso combinato, sono tenuti a segnalarle all'assistito nonché al distretto territorialmente competente, nel rispetto delle norme sulla privacy.

3. È istituito l'Ufficio di coordinamento aziendale delle cure primarie, che fa parte della Direzione generale dell'AUSL. L'Ufficio ha il compito di coordinare e monitorare le attività svolte dagli Uffici per la programmazione e il monitoraggio delle attività in medicina generale e assistenza pediatrica di base della Direzione del distretto. L'Ufficio è diretto da un medico di medicina generale o da un pediatra di libera scelta indicato, di concerto, dal Comitato permanente aziendale per la medicina generale e dal Comitato permanente aziendale per la pediatria di libera scelta, nominato dal Direttore generale e facente parte del Collegio di direzione. Per le modalità di partecipazione si applicano le norme previste dagli Accordi regionali ⁽⁴¹⁾.

(41) Comma così sostituito dall'*art. 2, L.R. 12 dicembre 2006, n. 34*. Il testo originario era così formulato: «3. È istituito l'Ufficio di coordinamento aziendale delle cure primarie che fa parte della Direzione generale dell'AUSL. L'Ufficio ha il compito di coordinare e monitorare le attività svolte dagli Uffici per la programmazione e il monitoraggio delle attività in medicina generale della Direzione del distretto. L'Ufficio è diretto da un medico di medicina generale, nominato dal Comitato permanente aziendale per la medicina generale, nominato dal Direttore generale e fa parte del Collegio di direzione. Per le modalità di partecipazione si applicano le norme previste dall'Accordo regionale.».

Art. 22

Prestazioni di spettroscopia.

1. Per assicurare la diagnosi completa della malignità dei tumori cerebrali e di altre patologie secondo indicazioni appropriate le strutture sanitarie pubbliche o private assicurano l'esame spettroscopico con oneri a carico del SSR. La tariffa per la scansione aggiuntiva è quantificata nella misura del 20 per cento della tariffa prevista per l'esame base di risonanza magnetica.

Art. 23

Attuazione articolo 1, comma 198, legge 23 dicembre 2005, n. 266.

1. Le disposizioni di cui all'*articolo 1, comma 198, della legge 23 dicembre 2005, n. 266* (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - Legge finanziaria 2006), nella Regione Puglia sono applicate da parte degli enti del SSR secondo principi e criteri di seguito riportati:

a) la spesa di personale, al lordo di oneri riflessi e IRAP, riferita all'anno 2004, assunta quale base di calcolo per la quantificazione delle economie, è determinata al lordo delle riduzioni del 2 per cento previsto dall'*articolo 23* (Disposizioni per le

dotazioni organiche e il personale delle Aziende sanitarie) della *L.R. n. 28/2000*, come integrato dall'articolo 8 (Disposizioni in materia di personale) della *legge regionale 5 dicembre 2001, n. 32* (Assestamento e variazioni al bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2001);

b) alla spesa determinata con il criterio di cui alla lettera a) si applicano i correttivi di cui all'*articolo 1, comma 199, della L. n. 266/2005*;

c) alle Ausl BA/2, BAT/1 e FG/2, come riarticolate con la *legge regionale 12 agosto 2005, n. 11* (Modifiche alla *legge regionale 14 giugno 1994, n. 18* - Norme per l'istituzione degli ambiti territoriali delle Unità sanitarie locali), in conseguenza dell'istituzione della sesta provincia, per il periodo di tre anni a decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge, in relazione a obiettive e motivate carenze di personale, non si applica il limite del 5 e 2 per cento previsto dall'*articolo 15-septies del D.Lgs. n. 502/1992* e successive modificazioni, nonché quello di cui all'*articolo 1, comma 198, della L. n. 266/2005*⁽⁴²⁾;

d) i limiti di spesa determinati per gli anni 2006-2007 e 2008, con i criteri di cui ai commi precedenti, sono incrementati in misura pari al 60 per cento della riduzione dell'eventuale saldo negativo finanziario della mobilità sanitaria extraregionale;

e) la Giunta regionale emana apposite direttive attuative della presente legge, tenendo conto della peculiarità delle AUSL interessate alla rimodulazione conseguente all'istituzione della sesta provincia nonché della necessità che le Aziende e Istituti del SSR adottino misure necessarie a garantire il rispetto degli obiettivi prioritari del SSR con particolare riferimento a:

- 1) assicurazione dei servizi di emergenza urgenza;
- 2) attivazione di nuovi servizi e attività;
- 3) riorganizzazione dei servizi secondo criteri di flessibilità ed economicità;
- 4) rideterminazione della dotazione organica.

(42) Ai sensi dell'*art. 22, L.R. 31 dicembre 2009, n. 34* le disposizioni di cui alla presente lettera continuano ad applicarsi alla Asl FG, subentrata alla ex Asl FG/2, fino al 31 dicembre 2010. Vedi anche l'*art. 19, comma 7, L.R. 25 febbraio 2010, n. 4*.

Art. 24

Indagine conoscitiva sui bilanci d'esercizio.

1. Le Aziende sanitarie, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, gli Istituti zooprofilattici sperimentali, in considerazione di quanto previsto dall'*articolo 1, comma 291, della L. n. 266/2005* e nelle more dell'emanazione del decreto del Ministro della salute richiamato nella legge suindicata, si avvalgono dell'attività professionale di una società di revisione iscritta all'Albo speciale di cui all'*articolo 161 del decreto legislativo 24 febbraio 1998, n. 58* (Testo unico delle disposizioni in materia di intermediazione finanziaria, ai sensi degli *articoli 8 e 21 della legge 6 febbraio 1996, n. 52*), per

avviare il processo di introduzione della revisione contabile del bilancio d'esercizio attraverso lo svolgimento di un'indagine conoscitiva e di limitate procedure di revisione sullo stato patrimoniale al 31 dicembre 2005, la revisione contabile dello stato patrimoniale al 31 dicembre 2006 e la revisione contabile del bilancio 2007 e anni successivi.

2. La Regione individua, secondo le procedure di legge e con gara a evidenza pubblica, uno o più soggetti di provata esperienza nell'ambito della revisione contabile per l'espletamento delle attività citate.

Art. 25

Fonti energetiche rinnovabili e contenimento dei costi per l'energia.

1. La Regione promuove e incentiva l'impiego di tecnologie utilizzatrici fonti energetiche rinnovabili anche ai fini del contenimento dei costi energetici mediante l'utilizzo di:

- a) impianti fotovoltaici per la produzione di energia elettrica;
- b) impianti solari per la produzione di acqua a uso sanitario;
- c) impianti di cogenerazione per la produzione di energia;
- d) adeguate opere di isolamento per il contenimento delle dispersioni termiche.

2. Ai fini della realizzazione delle finalità di cui al comma 1 la Giunta regionale individua modalità e procedure anche centralizzate o mediante costituzioni di Unioni di acquisto ovvero sperimentazioni gestionali.

Art. 26

Compensi ai componenti e al segretario delle Commissioni di cui agli articoli 11 e 12 della legge regionale 20 luglio 1984, n. 36.

1. L'articolo 31 della L.R. n. 1/2005 è sostituito dal seguente:

"Art. 31

1. Ai componenti delle commissioni di cui agli *articoli 11 e 12 della legge regionale 20 luglio 1984, n. 36* (Norme concernenti l'igiene e sanità pubblica e il servizio farmaceutico), è corrisposto un compenso di euro 8,00 per ogni caso definito. Per il Presidente della commissione il compenso per ogni caso definito è previsto nella misura di euro 10,00. Al segretario della commissione è corrisposto un compenso di euro 4,00 per ogni caso definito.

2. Per le visite medico-legali effettuate domiciliarmente è previsto un ulteriore compenso per il componente che effettua la visita di euro 6,00.

3. I compensi di cui ai commi 1 e 2 per i commissari e il segretario dipendenti delle AUSL sono omnicomprensivi e sono corrisposti solo se le sedute vengono svolte fuori dall'orario di lavoro.".

2. La corresponsione dei compensi di cui all'*articolo 31 della L.R. n. 1/2005*, come sostituito dal precedente comma 1, decorre dal primo giorno successivo alla data di entrata in vigore della presente legge.

Art. 27

Commissione ex D.M. 13 maggio 1993 del Ministro della sanità - Prestazioni presso centri esteri di altissima specialità.

1. Ai componenti della commissione di cui all'*articolo 8 del D.M. 3 novembre 1989* del Ministro della sanità (Criteri per prestazioni assistenziali in forma indiretta presso centri di altissima specializzazione all'estero), modificato dal D.M. 13 maggio 1993 del Ministro della sanità, è corrisposto, oltre alle spese di viaggio, se e in quanto dovute, un gettone di presenza per ogni seduta pari a euro 75,00.
 2. Al segretario, per ogni seduta, è corrisposto il gettone di presenza pari a euro 40,00.
-
-

Art. 28

Modifiche alla L.R. n. 20/2005 e alla L.R. n. 4/2003.

1. Il primo periodo del comma 4 dell'*articolo 4 della L.R. n. 20/2005* è sostituito dal seguente: "Le Aziende sanitarie riservano il 50 per cento dei posti vacanti in organico di cui al comma 3, relativi alle categorie di personale per l'accesso ai quali è richiesto il solo titolo della scuola secondaria inferiore, a coloro che abbiano svolto le medesime mansioni, nella stessa o in altra Azienda sanitaria, per almeno dodici mesi, anche non continuativi, nel quinquennio precedente alla data di scadenza del bando e che non siano titolari di un rapporto di lavoro a tempo indeterminato presso altre amministrazioni.".
2. Le disposizioni di cui al comma 1 si applicano successivamente all'espletamento dei concorsi riservati già banditi.
3. Ulteriori disposizioni finalizzate alla razionalizzazione dell'esternalizzazione dei servizi con potenziamento degli organici sono adottati all'interno della normativa organica sul precariato da adottarsi da parte della Regione.
4. All'*articolo 34 della L.R. n. 4/2003* sono apportate le seguenti modifiche:
 - a) il comma 1 è abrogato;
 - b) al comma 2, le parole "Fino all'emanazione dei modelli organizzativi di cui al comma 1 e alla conseguente ridefinizione delle dotazioni organiche definitive" sono soppresse.

Art. 29

Modifiche alla legge regionale 9 dicembre 2002, n. 20.

1. A parziale modifica dell'*articolo 18, comma 1, della legge regionale 9 dicembre 2002, n. 20* (Assestamento e variazione al bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2002), concernente i LEA, le certificazioni di idoneità dei soggetti maggiorenni alla pratica sportiva agonistica - compresi gli accertamenti richiesti per il loro rilascio - sono parzialmente incluse nei LEA in quanto si applicano le seguenti tariffe forfettarie:

a) sport rientranti nella tabella A del *D.M. 18 febbraio 1982* del Ministro della sanità (Visita medica, esame completo delle urine, elettrocardiogramma a riposo, certificato di idoneità): euro 36,00;.

b) sport rientranti nella tabella B del *D.M. 18 febbraio 1982* del Ministro della sanità (Visita medica, esame completo delle urine, elettrocardiogramma a riposo e dopo sforzo, spirometria, certificato di idoneità): euro 50,00.

1-bis. Ferma la necessità di potenziamento dei servizi di medicina dello sport delle Aziende sanitarie locali, in conformità a quanto già disciplinato dal decreto del Ministro della sanità 13 marzo 1995 (Norme sulla tutela sanitaria degli sportivi professionisti), i medici specialisti in medicina dello sport sono autorizzati al rilascio delle certificazioni di idoneità alla pratica sportiva agonistica, di cui al comma 1, previa loro iscrizione ad apposito elenco per specialità sportive gestito dalla struttura amministrativa regionale competente⁽⁴³⁾.

1-ter. Il certificato di cui al comma 1 deve essere redatto sulla base degli esami strumentali da effettuarsi a norma del decreto del Ministero della sanità 18 febbraio 1982 (Norme per la tutela sanitaria dell'attività sportiva agonistica) e deve essere compilato su modello differenziato per disciplina, la cui validità è subordinata alla registrazione in apposito sistema telematico accessibile a tutti i medici sportivi iscritti all'elenco per specialità sportive di cui al comma 1-bis, a tutti gli abilitati al rilascio delle certificazioni e alle società sportive. Anche il diniego dell'idoneità deve essere registrato nel sistema telematico⁽⁴⁴⁾.

1-quater. Per tutti gli adempimenti previsti dai commi 1-bis e 1-ter, e in particolare per le modalità di formazione e gestione dell'elenco per specialità sportive di cui al comma 1-bis e per l'istituzione e gestione del sistema telematico, provvede, con regolamento, il servizio competente della Regione Puglia, non oltre novanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente comma⁽⁴⁵⁾.

1-quinquies. Anche il procedimento di rinnovo della certificazione, la cui validità è determinata dalla legge o da atto amministrativo emanato dall'autorità competente, deve essere assoggettato al medesimo procedimento di registrazione telematica previsto dal comma 1-ter⁽⁴⁶⁾.

1-sexies. Le società sportive devono tesserare esclusivamente gli atleti in possesso del certificato di idoneità alla pratica sportiva agonistica⁽⁴⁷⁾.

1-septies. Per ciascuna inadempienza alla prescrizione di cui al comma 1-sexies la Regione commina una sanzione di euro 5 mila, posta a carico e in solido delle società sportive e delle federazioni di appartenenza⁽⁴⁸⁾.

2. I costi degli esami specialistici integrativi previsti per alcuni tipi di sport dal *D.M. 18 febbraio 1982* e degli eventuali ulteriori esami richiesti dal medico visitatore su motivato sospetto clinico sono a carico dell'interessato e le relative tariffe sono stabilite dal nomenclatore tariffario.

3. È confermata l'esenzione per i minori di anni diciotto di cui al comma 6 dell'*articolo 18 della L.R. n. 20/2002*.

(43) Comma aggiunto dall'*art. 1, comma 1, L.R. 19 luglio 2013, n. 18*, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione.

(44) Comma aggiunto dall'*art. 1, comma 1, L.R. 19 luglio 2013, n. 18*, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione.

(45) Comma aggiunto dall'*art. 1, comma 1, L.R. 19 luglio 2013, n. 18*, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione.

(46) Comma aggiunto dall'*art. 1, comma 1, L.R. 19 luglio 2013, n. 18*, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione.

(47) Comma aggiunto dall'*art. 1, comma 1, L.R. 19 luglio 2013, n. 18*, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione.

(48) Comma aggiunto dall'*art. 1, comma 1, L.R. 19 luglio 2013, n. 18*, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione.

Art. 30

Copertura posti personale infermieristico.

1. La percentuale del 30 per cento di cui all'*articolo 12, comma 9, della L.R. n. 12/2005* è elevata al 50 per cento.

2. Dopo il comma 9-bis dell'*articolo 12 della L.R. n. 12/2005*, introdotto dall'*articolo 2, comma 1, lettera c), della legge regionale 22 novembre 2005, n. 14*, è inserito il seguente:

"9-ter Le prove concorsuali consistono in una prova pratica e in una prova orale su materie inerenti il profilo da ricoprire. Per la valutazione dei titoli e per il punteggio relativo alle prove concorsuali, come precedentemente determinate, si rinvia alle disposizioni di cui al *decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 2001, n. 220* (Regolamento recante disciplina concorsuale del personale non dirigenziale del Servizio sanitario nazionale). Le Commissioni di concorso possono articolarsi in sottocommissioni secondo criteri definiti dalla Giunta regionale.".

3. I bandi delle prove concorsuali di cui al comma 9-ter dell'*articolo 12 della L.R. n. 12/2005*, introdotto con il precedente comma 2, devono essere pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge e concludersi entro centottanta giorni dalla stessa data.

4. Ai lavoratori socialmente utili (LSU) adibiti ai servizi delle Aziende sanitarie da oltre un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, in presenza di

posti vacanti in pianta organica e i cui oneri già gravano sui bilanci delle Aziende medesime, possono essere conferiti incarichi a tempo indeterminato nei posti attualmente occupati. I Direttori generali, verificata la sussistenza dei requisiti previsti dalle vigenti disposizioni legislative per i LSU, nonché il possesso dei requisiti soggettivi per il conferimento dell'incarico nell'ambito delle Aziende sanitarie della Regione Puglia, possono procedere al conferimento dell'incarico a tempo indeterminato con le procedure di cui all'*articolo 12 del decreto legislativo 1° dicembre 1997, n. 468* (Revisione sulla disciplina dei LSU, a norma dell'*articolo 22 della legge 24 giugno 1997, n. 196*).

Art. 31

Errata-corrigere all'articolo 3 della L.R. n. 11/2005 - Rettifica popolazione.

1. Alla lettera b) del comma 3 dell'articolo 1⁽⁴⁹⁾ della L.R. n. 11/2005 la popolazione del Comune di Monopoli nella USL BA/5 è rettificata da 61.163 abitanti a 49.734.
-

(49) Nel Bollettino Ufficiale è indicata erroneamente la lettera b) dell'articolo 3 (peraltro inesistente nella L.R. n. 11/2005).

Art. 32

Modifica e integrazioni all'articolo 36 della L.R. n. 1/2005.

1. All'*articolo 36 della L.R. n. 1/2005* sono apportate le seguenti modifiche e integrazioni:

a) al comma 1, le parole: "alla data di entrata in vigore del Reg. n. 7/2002" sono sostituite dalle seguenti: "alla data del 30 giugno 2006";

b) dopo il comma 1 sono aggiunti i seguenti:

"1-bis. La remunerazione attualmente prevista negli accordi contrattuali con le strutture private di riabilitazione psichiatrica transitoriamente accreditate è mantenuta fino al termine massimo del 31 ottobre 2006.

1-ter. Entro la suddetta data del 31 ottobre 2006 sono ridefinite le tariffe sulla base dei costi derivanti dall'applicazione dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dal Reg. 13 gennaio 2005, n. 3 (Requisiti per autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie). Dette tariffe sono uniche per le strutture transitoriamente, provvisoriamente o istituzionalmente accreditate.".

Art. 33

Estensione disposizioni di cui all'articolo 11, comma 6, della legge regionale 4 agosto 2004, n. 14⁽⁵⁰⁾.

1. Le disposizioni di cui al comma 6 dell'articolo 11 (Medicina dei servizi) della *legge regionale 4 agosto 2004, n. 14* (Assestamento e prima variazione al bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2004), sono estese al personale che risulta laureato alla data del 30 novembre 2006 e che opera nei servizi delle tossicodipendenze o dell'integrazione scolastica o addetto ai servizi di ricerca e analisi di laboratorio, nonché al personale di altri profili appartenenti all'area di comparto per la cui copertura è richiesto attualmente il possesso del diploma universitario (laurea breve o titolo equipollente) che, alla data del 31 dicembre 2006, ha prestato la propria attività per almeno trentasei ore settimanali e, continuativamente, per un periodo non inferiore a diciotto mesi⁽⁵¹⁾.

(50) Vedi anche, per l'estensione delle disposizioni di cui al presente articolo, l'*art. 27, L.R. 16 aprile 2007, n. 10*.

(51) Articolo così sostituito dall'*art. 5, L.R. 12 dicembre 2006, n. 34*. Il testo originario era così formulato: «Art. 33. Modifica alla *L.R. n. 14/2004*. 1. I benefici di cui al comma 6 dell'articolo 11 (Medicina dei servizi) della *L.R. n. 14/2004* sono estesi al personale laureato non medico, che opera nei servizi delle tossicodipendenze o dell'integrazione scolastica, o addetto ai servizi di ricerca e analisi di laboratorio, che ha prestato la propria attività per almeno trentasei ore settimanali e, continuativamente, per un numero di anni non inferiore a cinque alla data di entrata in vigore della presente legge.».

Art. 34

Servizio infermieristico-ostetrico e delle professioni tecnico-sanitarie, della prevenzione e della riabilitazione.

1. Al fine di promuovere la valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni sanitarie e l'attribuzione della diretta responsabilità e gestione delle attività assistenziali e delle funzioni connesse, incentivando la revisione dell'organizzazione del lavoro attraverso modelli di assistenza personalizzata, ai sensi dell'*articolo 7 della legge 10 agosto 2000, n. 251* (Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica) e successive modificazioni e integrazioni, presso ogni AUSL e ogni Azienda ospedaliera è istituito il Servizio infermieristico e ostetrico ospedaliero con competenza riferita ai Presidi ospedalieri come individuati dal PSR e, presso le AUSL, il Servizio infermieristico e ostetrico distrettuale e territoriale con competenza riferita alle attività sanitarie svolte dai Distretti sanitari.

2. Sono altresì istituiti in ogni AUSL i Servizi delle professioni tecnico-sanitarie, della prevenzione e della riabilitazione nonché il Servizio professionale sociale. Il Servizio delle professioni tecnico-sanitarie e quello della riabilitazione sono istituiti anche nelle Aziende ospedaliere.

3. I Servizi di cui ai commi 1 e 2 operano in autonomia tecnico-professionale nel rispetto dei decreti ministeriali d'individuazione delle figure e dei relativi profili professionali delle professioni sanitarie non mediche, nonché nel rispetto della *legge 26 febbraio 1999, n. 42* (Disposizioni in materia di professioni sanitarie).

4. Le funzioni di direzione dei predetti Servizi sono affidate al personale in possesso della laurea specialistica disciplinare di riferimento.

5. I Direttori generali delle AUSL e delle Aziende ospedaliere di rilievo nazionale, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge devono adeguare i propri atti aziendali con la previsione di quanto stabilito ai commi 1 e 2.

6. I Direttori generali delle AUSL e delle Aziende ospedaliere sono autorizzati all'istituzione dei posti in organico di dirigente dei Servizi infermieristici, delle professioni tecnico-sanitarie, della prevenzione e della riabilitazione nonché di posti di dirigente dei Servizi professionali sociali.

7. Il provvedimento del Direttore generale di ridefinizione della dotazione organica di cui al comma 6, da adottarsi entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, è atto soggetto al controllo ai sensi dell'*articolo 20, comma 8, della legge regionale 5 giugno 1997, n. 16* (Bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 1997 e bilancio pluriennale 1997-1999) e dell'*articolo 12, comma 1, della L.R. n. 20/2002*.

8. I Direttori generali delle Aziende sanitarie e delle Aziende ospedaliere sono altresì autorizzati a procedere alla copertura a tempo indeterminato dei posti di cui ai commi 1 e 2, con le modalità di cui al comma 7 dell'*articolo 15 del D.Lgs. n. 502/1992* e successive modificazioni e integrazioni.

Art. 35

Integrazioni e modifiche alla disciplina dell'Agenzia regionale sanitaria⁽⁵²⁾.

[1. Alla *legge regionale 13 agosto 2001, n. 24* (Istituzione dell'Agenzia regionale sanitaria pugliese - ARES), sono apportate le seguenti modifiche:

a) le lettere h), j), k), l), q) e r) dell'articolo 2 sono abrogate;

b) il comma 2 dell'articolo 8 è abrogato;

c) al comma 3 dell'articolo 8:

1) le parole: "dirigente responsabile" sono sostituite dalla seguente: "direttore";

2) è aggiunto, infine, il seguente periodo: "Ai direttori di area si applica l'*articolo 3-bis, comma 11, del D.Lgs. n. 502/1992* e successive modificazioni.".

2. A decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge i compiti in materia di controllo degli atti delle Aziende sanitarie, affidati all'ARES dall'*articolo 12 della L.R. n. 20/2002*, sono affidati al competente Settore dell'Assessorato al bilancio. L'ARES assicura il completamento del controllo dei bilanci di esercizio relativi agli anni 2002, 2003 e 2004⁽⁵³⁾.

3. Il comma 2 dell'*articolo 12 della L.R. n. 20/2002* è soppresso.

4. La dotazione organica massima dell'ARES è ridotta da trentanove a trentasei unità di cui nove di posizione dirigenziale in servizio con contratti ex *articoli 15-septies e 15-octies del D.Lgs. n. 502/1992* e successive modificazioni ovvero per

comando o distacco da Aziende sanitarie e altri settori della pubblica amministrazione].

(52) Articolo abrogato dall'*art. 13, comma 3, lettera e), L.R. 24 luglio 2017, n. 29*, a decorrere dal 24 luglio 2017.

(53) Comma abrogato dall'*art. 11, L.R. 6 luglio 2011, n. 14*, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione, unitamente all'*art. 36, L.R. 30 aprile 2009, n. 10* (modificativo del presente comma).

Art. 36

Interazione con gli organismi di volontariato.

1. I Direttori generali delle AUSL favoriscono l'interazione con gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti per lo svolgimento di attività integrative e non sostitutive delle funzioni assistenziali dell'area socio-sanitaria, con particolare riferimento alle problematiche dei portatori di handicap, della salute mentale, delle tossicodipendenze e dell'alcolismo, della donazione di sangue, della donazione di organi, delle patologie croniche e invalidanti e delle malattie sociali, dei tumori, dell'AIDS, ricomprensendo inoltre tutte le iniziative rivolte all'educazione sanitaria, alla prevenzione, alla qualità dell'assistenza e al reinserimento sociale. Ai fini della regolamentazione dei reciproci rapporti si applica la legge regionale 16 aprile 1994, n. 11 (Norme di attuazione della legge-quadro sul volontariato).

Art. 37

Snellimento e accelerazione delle procedure e degli adempimenti amministrativi per le persone con disabilità.

1. La Giunta regionale, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, è autorizzata, ai sensi del comma 1 dell'*articolo 6 del decreto-legge 10 gennaio 2006, n. 4*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 9 marzo 2006, n. 80* (Misure urgenti in materia di organizzazione e funzionamento della pubblica amministrazione), ad adottare con proprio atto, nell'ambito delle proprie competenze, disposizioni dirette a semplificare, accelerare e unificare le procedure di accertamento sanitario di cui all'*articolo 1 della legge 15 ottobre 1990, n. 295* (Modifiche e integrazioni all'*articolo 3 del D.L. 30 maggio 1988, n. 173*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 26 luglio 1988, n. 291* e successive modificazioni, in materia di revisione delle categorie delle minorazioni e malattie invalidanti), per l'invalidità civile, la cecità, la sordità, nonché quelle per l'accertamento dell'handicap e dell'handicap grave di cui agli *articoli 3 e 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104* (Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate), e successive modificazioni, effettuate dalle apposite commissioni in sede, forma e data unificata per tutti gli ambiti nei quali è previsto un accertamento legale.

TITOLO III

Contributo ai cittadini pugliesi portatori di handicap psicofisici che applicano il "Metodo Doman o Vojta o Fay"

Art. 38

Contributi ai portatori di handicap ⁽⁵⁴⁾.

1. La Regione partecipa, con la concessione di un contributo, alle spese non coperte dal Fondo sanitario regionale sostenute dai cittadini portatori di handicap psicofisici, residenti in Puglia da almeno dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, che si avvalgono del "metodo Doman o Vojta o Fay o ABA", quale trattamento riabilitativo di centri specializzati ⁽⁵⁵⁾.

(54) Con *Delib.G.R. 13 aprile 2007, n. 468* sono stati approvati i criteri e le modalità attuative per la concessione dei contributi di cui al presente articolo. Vedi anche, per l'estensione delle disposizioni di cui al presente articolo ai pazienti affetti da malattia di Duchenne, l'*art. 4, L.R. 19 febbraio 2008, n. 1*.

(55) Comma così modificato dall'*art. 9, L.R. 23 dicembre 2008, n. 45*.

Art. 39

Modalità di presentazione delle domande di contributo.

1. Al fine di assicurare uniformità di trattamento, la Giunta regionale definisce con apposita deliberazione le modalità di presentazione delle domande di contributo di cui all'articolo 38 e per l'accreditamento delle relative somme alle AUSL di residenza.

Art. 40

Norma finanziaria ⁽⁵⁶⁾.

1. All'onere derivante dall'applicazione degli articoli 38 e 39 per l'esercizio finanziario 2006 si provvede mediante prelevamento, per competenza e per cassa, di euro 150 mila dal cap. 1110010 e con iscrizione e stanziamento, per competenza e per cassa, di euro 150 mila nello stato di previsione della spesa, sul capitolo di nuova istituzione 721028 - u.p.b. 120201 "Settore assistenza ospedaliera e specialistica" - denominato "Contributo ai cittadini pugliesi portatori di handicap psicofisici che applicano il Metodo Doman o Vojta o Fay".

(56) Vedi, anche, la *Delib.G.R. 13 aprile 2007, n. 468*.

Art. 41
Norma finale.

1. Nell'ambito dell'autonomia gestionale loro attribuita, i Direttori generali, attraverso gli strumenti di programmazione e l'adozione dell'atto aziendale, attuano la presente legge tenendo conto delle risorse finanziarie annualmente assegnate con il riparto del Fondo sanitario regionale e assicurando il vincolo del bilancio.

La presente legge è dichiarata urgente e sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione ai sensi e per gli effetti dell'*art. 53, comma 1, della L.R. 12 maggio 2004, n. 7 "Statuto della Regione Puglia"* ed entrerà in vigore il giorno stesso della sua pubblicazione.

È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e farla osservare come legge della Regione Puglia.

Art. 41-bis
Incremento del numero dei posti dei corsi di laurea.

1. La Giunta regionale è autorizzata a incrementare dell'80 per cento il numero di posti dei corsi di laurea delle professioni sanitarie di Infermieristica, Fisioterapia e Tecniche di radiologia medica, per immagini e radioterapia, definendo apposite intese con le università pugliesi.
 2. Gli oneri aggiuntivi derivanti dalle disposizioni di cui al comma 1 sono previsti annualmente dalla Giunta regionale in sede di approvazione del riparto del Fondo sanitario regionale ⁽⁵⁷⁾.
-

(57) Articolo aggiunto dall'*art. 3, L.R. 12 dicembre 2006, n. 34.*

Art. 41-ter
Copertura dei posti del personale sanitario.

1. Alle procedure concorsuali per la copertura degli ulteriori posti del personale del comparto si applica, con le stesse modalità, quanto previsto dall'*articolo 12, comma 9, della legge regionale 12 agosto 2005, n. 12* (Seconda variazione al bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2005), così come modificato dall'*articolo 2 della legge regionale 22 novembre 2005, n. 14* e dall'*articolo 30 della L.R. n. 26/2006* ⁽⁵⁸⁾.
-

(58) Articolo aggiunto dall'*art. 4, L.R. 12 dicembre 2006, n. 34.*

Copyright 2015 Wolters Kluwer Italia Srl. All rights reserved.



ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENARALE AI SENSI DELL'ART. 8 DEL D.LGS. N. 502 DEL 1992 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI ED INTEGRAZIONI

QUADRIENNIO NORMATIVO 2006-2009, BIENNIO ECONOMICO 2006-2007

In data 27 maggio 2009 alle ore 15.00, ha avuto luogo l'incontro per la firma dell'Ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni tra

la **SISAC** nella persona del Coordinatore dott. Franco Rossi

firmato

E LE SEGUENTI ORGANIZZAZIONI SINDACALI:

FIMMG

firmato

SNAMI

firmato

SMI

firmato

INTESA SINDACALE

CISL Medici – FP CGIL Medici – SIMET – SUMAI

firmato

Vista la legge 23 dicembre 1978 n.833;

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive integrazioni e modificazioni;

Visto l'art.4, comma 9, legge 30 dicembre 1991 n. 412 e successive integrazioni e modificazioni;

Vista la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001 n. 3, recante modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione della Repubblica Italiana;

Visto l'art. 52, comma 27, legge 27 dicembre 2002 n. 289 e successive integrazioni e modificazioni;

Visto il Piano Sanitario Nazionale 2006 - 2008 risultante dall'atto di intesa tra Stato e Conferenza unificata Regioni e Autonomie Locali approvato con decreto del Presidente della Repubblica del 7 aprile 2006;

Visto l'Accordo tra le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, il Ministero della Salute, il Ministero dell'economia e delle finanze, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, avente ad oggetto la disciplina del procedimento di contrattazione collettiva per il rinnovo degli accordi con il personale convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi dell'articolo 52, comma 27 della legge 27 dicembre 2002 n. 289, del 24 luglio 2003;

Visto l'art. 2 nonies della legge 26 maggio 2004 n. 138;

Visto l'accordo Stato-Regioni nella Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 29 luglio 2004;

Visto l'art. 1, comma 178 della legge 30 dicembre 2004 n. 311;

Visto l'art. 79, comma 2 del D.L. 25 giugno 2008, n. 112 convertito con modificazioni legge 6 agosto 2008, n. 133.

Al termine della riunione, le parti hanno sottoscritto l'allegato Accordo Collettivo Nazionale di Lavoro per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

**ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI
RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE AI SENSI DELL'ART.
8 DEL D.LGS. N. 502 DEL 1992 e successive modificazioni ed
integrazioni**

Il presente accordo include innovazioni, rispetto al previgente ACN 23 marzo 2005. Le clausole non modificate conservano la loro validità salvo che non risultino in contrasto con le innovazioni introdotte.

In caso di contrasto, il nuovo testo prevale sul precedente. L'eventuale contenzioso è risolto anche ai fini dell'art. 46, comma 1 del D.lgs. 30 marzo 2001, n. 165 secondo quanto previsto dalla legislazione vigente e dal presente ACN.

INDICE

ART. 1 – STRUMENTI	5
ART. 2 – STRUTTURA DEL COMPENSO.....	6
ART. 3 – AUMENTI CONTRATTUALI	7
ART. 4 – DISPOSIZIONE CONTRATTUALE DI GARANZIA – OSSERVATORIO	8
ART. 5 – ENTRATA IN VIGORE E DURATA DELL'ACCORDO	9
ART. 6 – CAMPO DI APPLICAZIONE	10
ART. 7 – COMPITI E FUNZIONI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE	11
ART. 8 – CONTENUTI DEMANDATI ALLA NEGOZIAZIONE REGIONALE.....	12
ART. 9 – GRADUATORIA REGIONALE.....	13
ART. 10 – CESSAZIONE DEL RAPPORTO CONVENZIONALE	14
ART. 11 – PROGRAMMAZIONE E MONITORAGGIO DELLE ATTIVITÀ	15
ART. 12 – AGGREGAZIONE FUNZIONALE TERRITORIALE DELLA MEDICINA GENERALE	16
ART. 13 – REQUISITI E FUNZIONI MINIME DELL'UNITÀ COMPLESSA DELLE CURE PRIMARIE.....	17
ART. 14 – FUNZIONI DELLA MEDICINA GENERALE	19
ART. 15 – RESPONSABILITÀ CONVENZIONALI E VIOLAZIONI. COLLEGIO ARBITRALE.....	20
ART. 16 – RAPPORTO OTTIMALE	21
ART. 17 – COMPITI DEL MEDICO	22
ART. 18 – TRATTAMENTO ECONOMICO	23
ART. 19 – FLUSSO INFORMATIVO	24
ART. 20 – TESSERA SANITARIA E RICETTA ELETTRONICA.....	25
ART. 21 – CONTRIBUTI PREVIDENZIALI E PER L'ASSICURAZIONE DI MALATTIA	26
ART. 22 – COMPITI DEL MEDICO	27
ART. 23 – TRATTAMENTO ECONOMICO	28
ART. 24 – COMPITI E DOVERI DEL MEDICO – LIBERA PROFESSIONE	29
ART. 25 – TRATTAMENTO ECONOMICO	30
ART. 26 – PREMIO DI COLLABORAZIONE	31
ART. 27 – PREMIO DI OPEROSITÀ	32
ART. 28 – TRATTAMENTO ECONOMICO – RIPOSO ANNUALE	33
ART. 29 – CONTRIBUTI PREVIDENZIALI E ASSICURAZIONE CONTRO I RISCHI DERIVANTI DALL'INCARICO.....	34
NORMA FINALE N. 1	35
NORMA FINALE N. 2	36
NORMA FINALE N. 3	37
NORMA FINALE N. 4	38
NORMA FINALE N. 5	39
NORMA FINALE N. 6	41
NORMA FINALE N. 7	42
NORMA FINALE N. 8	43
NORMA TRANSITORIA N. 1	44
NORMA TRANSITORIA N. 2	45
NORMA TRANSITORIA N. 3	46
NORMA TRANSITORIA N. 4	47

NORMA TRANSITORIA N. 5	48
NORMA TRANSITORIA N. 6	49
NORMA TRANSITORIA N. 7	50
DICHIARAZIONI A VERBALE.	51
ALLEGATO A.....	52

ART. 92 – INDIVIDUAZIONE E ATTRIBUZIONE DEGLI INCARICHI.

1. L’Azienda procede alla data del 1° marzo e del 1° settembre di ogni anno alla verifica degli organici in dotazione ai servizi di emergenza territoriale al fine di individuare gli incarichi vacanti da pubblicarsi ai fini della successiva copertura.
2. Individuata la vacanza di incarico, l’Azienda ne dà comunicazione alla Regione, per le procedure di pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione.
3. Entro la fine dei mesi di Aprile e di Ottobre di ogni anno ciascuna Regione pubblica sul Bollettino Ufficiale, in concomitanza con la pubblicazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria, gli incarichi vacanti di emergenza sanitaria Territoriale, come individuati al precedente comma 1.
4. Possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti pubblicati i medici in possesso dell’attestato di idoneità rilasciato dopo la frequenza dell’apposito corso di formazione previsto ai sensi dell’art. 66 del DPR 270/2000 e dell’art. 96 del presente Accordo.
5. Possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti resi pubblici secondo quanto stabilito dai precedenti commi:
 - a) i medici che siano titolari di incarico a tempo indeterminato per la emergenza sanitaria territoriale nelle Aziende, anche diverse, della regione che ha pubblicato gli incarichi vacanti e nelle Aziende, di altre regioni, anche diverse, ancorché non abbiano fatto domanda di inserimento nella graduatoria regionale di settore, a condizione peraltro che risultino titolari rispettivamente da almeno un anno e da almeno due anni dell’incarico dal quale provengono. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo del terzo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento;
 - b) i medici inclusi nella graduatoria regionale di settore valida per l’anno in corso e che siano in possesso dei requisiti necessari per le attività di emergenza sanitaria territoriale, con priorità per:
 - b1) medici già incaricati a tempo indeterminato presso la stessa Azienda nel servizio di continuità assistenziale, di cui al Capo III;
 - b2) medici incaricati a tempo indeterminato di continuità assistenziale nell’ambito della stessa regione, con priorità per quelli residenti nell’ambito della Azienda da almeno un anno antecedente la data di pubblicazione dell’incarico vacante;
 - b3) medici inseriti nella graduatoria regionale, con priorità per quelli residenti nell’ambito della Azienda da almeno un anno antecedente la data di pubblicazione dell’incarico vacante.
6. In caso di pari posizione, i medici di cui al comma 5 lett. a) sono graduati nell’ordine di minore età, voto di laurea ed anzianità di laurea.
7. Al fine del conferimento degli incarichi vacanti ai medici di cui al comma 5, lettera b, gli stessi sono graduati secondo il punteggio riportato nella graduatoria regionale di settore vigente.

8. L'Azienda interpella prioritariamente i medici di cui alla lettera a) del precedente comma 5 in base alla anzianità di servizio; laddove risulti necessario, interpella successivamente i medici di cui alla lettera b) dello stesso comma 5;

9. L'anzianità di servizio a valere per l'assegnazione degli incarichi vacanti ai sensi del precedente comma 5, lettera a) è determinata sommando:

- a) l'anzianità totale di servizio effettivo nella emergenza sanitaria territoriale;
- b) l'anzianità di servizio effettivo nell'incarico di provenienza, anorché già computato nell'anzianità di cui alla lettera a).

10. È cancellato dalla graduatoria regionale di settore vigente il medico che abbia accettato l'incarico ai sensi del presente articolo. Il medico che, avendo concorso all'assegnazione di un incarico vacante avvalendosi della facoltà di cui al precedente comma 5, lettera a), accetta l'incarico ai sensi del presente articolo, decade dall'incarico di provenienza dalla data di decorrenza del nuovo incarico.

11. I medici incaricati di emergenza sanitaria ai quali sia riconosciuto dalla competente commissione sanitaria dell'Azienda già individuata per il personale dipendente lo stato di inidoneità all'attività sui mezzi mobili di soccorso, ivi compreso lo stato di gravidanza fin dal suo inizio, sono ricollocati ed utilizzati nelle centrali operative, nei presidi fissi di emergenza e nei DEA/PS.

12. È demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.

13. Gli aspiranti, entro 15 giorni dalla pubblicazione di cui al comma 3, presentano alla Azienda apposita domanda di assegnazione di uno o più degli incarichi vacanti pubblicati, in conformità allo schema di cui agli Allegati Q/2 o Q/5.

14. In allegato alla domanda gli aspiranti devono inoltrare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante se alla data di presentazione della domanda abbiano in atto rapporti di lavoro dipendente, anche a titolo precario, trattamenti di pensione e se si trovino in posizione di incompatibilità, secondo lo schema allegato sub lettera "L". Eventuali situazioni di incompatibilità devono cessare al momento dell'assegnazione dell'incarico.

15. Le graduatorie per l'assegnazione degli incarichi vengono formulate sulla base delle relative posizioni dei concorrenti ed apponendo a fianco al nominativo di ciascun medico lo o gli incarichi vacanti per i quali egli abbia inoltrato domanda di assegnazione.

16. L'Azienda provvede alla convocazione, mediante raccomandata AR o telegramma, di tutti i medici aventi titolo alla assegnazione degli incarichi dichiarati vacanti e pubblicati, presso la sede indicata dall'Assessorato regionale alla sanità, in maniera programmata e per una data non antecedente i 15 giorni dalla data di invio della convocazione.

17. La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico.

18. Il medico impossibilitato a presentarsi può dichiarare la propria accettazione mediante telegramma, indicando nello stesso l'ordine di priorità per l'accettazione tra gli incarichi vacanti per i quali ha concorso. In tal caso sarà attribuito il primo incarico disponibile, a cui il medico ha titolo in base alle priorità, tra gli incarichi vacanti indicati dal medico concorrente.

19. L'Azienda conferisce definitivamente l'incarico a tempo indeterminato, con provvedimento del Direttore Generale che viene comunicato all'interessato mediante raccomandata con avviso di ricevimento, con l'indicazione del termine di inizio dell'attività, da cui decorrono gli effetti giuridici ed economici.

20. La Regione, sentito il comitato di cui all'art. 24 e nel rispetto dei precedenti commi, può adottare procedure tese allo snellimento burocratico e all'abbreviazione dei tempi necessari al conferimento degli incarichi.

21. Le Regioni, previa valutazione del fabbisogno di operatori, organizzano almeno una volta all'anno i corsi specifici di idoneità all'emergenza, definendone i relativi criteri di accesso e le modalità.

22. Nell'ambito degli Accordi aziendali sono definiti i criteri di mobilità intraaziendale.