



Bollettino ufficiale della Regione Puglia n. 104 del 11/08/2006

Bollettino regionale

LEGGE REGIONALE 9 agosto 2006, n. 26

"Interventi in materia sanitaria".

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 delle direttive n. 80/1107/CEE, n. 82/605/CEE, n. 83/477/CEE, n. 86/188/CEE e n. 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 ovariostomia per le femmine e nella orchietomia 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. E' 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.

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 del 23 marzo 2005 per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, di seguito chiamato Accordo collettivo.

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.

7. Nel servizio di emergenza territoriale "118" è assicurata la medicalizzazione delle ambulanze. La Giunta regionale, in sede di adozione del DIEF, 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.

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 dalle leggi regionali 12 agosto 2005, n. 12 (Seconda variazione al bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2005) e 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.

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 DIF 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.

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 determinazioni dirigenziali nn. 26/2003, 27/2003, 138/2004 e 141/2004, ma risultati idonei negli stessi o in quelli precedenti, sono dichiarati vincitori 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).

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.

3. L'immissione nella titolarità può avvenire previo abbandono di giudizi eventualmente intentati dagli interessati contro la 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 Decreto del Ministro della Sanità 30 novembre 1990, n. 444 (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. 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. 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 socioassistenziale nonché della programmazione della prevenzione primaria e della riabilitazione;
- d) informatizzazione dei servizi pubblici e privati, in attuazione del progetto Sesit, di cui alla deliberazione della Giunta regionale 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 ed economici, viene riconosciuta l'anzianità del servizio prestato in regime convenzionale con riferimento all'orario settimanale svolto.

6. Il personale con qualifica di educatore professionale in servizio presso i SERT, in possesso dei requisiti previsti dall'articolo 24 della l.r. 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.

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 adeguata 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 deliberazione della Giunta regionale 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;

b) Residenze socio sanitarie assistenziali di cui al regolamento regionale 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. 19/2006: sette posti letto ogni 10 mila abitanti, fatti salvi i posti già assegnati con la deliberazione della Giunta regionale 18 novembre 2002, n. 1870 (Piano di riconversione dei Presidi ospedalieri di Bisceglie e Foggia di cui alla D.C.R. n. 380/99 e successive modificazioni di cui alla dgr 1087/02 - Definizione dei rapporti con la Congregazione religiosa "Casa della Divina Provvidenza").

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

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 regolamento regionale 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. 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 regolamento regionale 2 marzo 2006, n. 3 (Art. 3, comma 1, lettera a), numero 1) della l.r. 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. 30/1998 per la parte non modificata dalla presente legge.

Art. 10

(Attuazione della legge 1999, n. 68)

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. 8/2004)

1. Alla l.r. 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. 1/2005, è soppresso;

b) al comma 1 dell'articolo 7, come integrato dall'articolo 17 della l.r. 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. 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 deliberazione 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 del. reg. 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 deliberazione della Giunta regionale 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 del. Giunta reg. 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),

numero 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. 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 del. giunta reg. 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 regolamento regionale 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 regolamento regionale 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 deliberazione della Giunta regionale 13 giugno 2006, n. 813 (Schema di RR "Modifica dell'articolo 5 del RR n. 16 del 06/04/05 'Lr 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. 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. 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. 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. 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. 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".

Art. 13

(Accreditamento strutture specialistiche)

1. In deroga a quanto previsto dal comma 4 dell'articolo 24 della l.r. 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. 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.

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.

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

Art. 15

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

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.

Art. 16

(Tariffe case di cura private)

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. del 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. 14/2004 è elevata al 50 per cento per i DRGs relativi ai parti, con esclusione dei parti cesarei.

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 neuroriabilitazione 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 garantiscano l'effettiva copertura dei costi relativi ai fattori produttivi impiegati con riferimento agli standard organizzativi previsti dalla normativa vigente.

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".

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. 4/2003 e dell'articolo 20 della l.r. 1/2005, in conseguenza del rilascio degli accreditamenti istituzionali in esecuzione della l.r. 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 DIFE.

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 inappropriately, 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'ospitalità 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. 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.

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.

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 con i Presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali insistenti nel rispettivo territorio, contratti per prestazioni domiciliari in ragione del fabbisogno che dovesse verificarsi nell'ambito territoriale di ciascuna AUSL.

2. Qualora le prestazioni domiciliari di cui al comma 1 risultassero insufficienti a garantire il fabbisogno, i Direttori generali stipulano contratti con i Presidi insistenti in altri ambiti territoriali in ragione dell'abbattimento delle liste 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.

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 economici per i quali sia possibile standardizzare comunemente le specifiche tecniche, ovvero servizi di comune utilizzazione.

3. E' 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 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:

- 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.

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. E' 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 indicato 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. 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. 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. 502/1992 e successive modificazioni, nonché quello di cui all'articolo 1, comma 198, della l. 266/2005;

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.

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. 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. 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 domiciliariamente è previsto un ulteriore compenso per il componente che effettua la visita di euro 6,00.2"

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. 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 decreto Ministro sanità
13 maggio 1993 - Prestazioni presso
centri esteri di altissima specialità)

1. Ai componenti della commissione di cui all'articolo 8 del decreto del Ministro della sanità del 3 novembre 1989 (Criteri per prestazioni assistenziali in forma indiretta presso centri di altissima specializzazione all'estero), modificato dal decreto del Ministro della sanità del 13 maggio 1993, 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 alle ll.rr. 20/2005 e 4/2003)

1. Il primo periodo del comma 4 dell'articolo 4 della l.r. 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. 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 decreto del Ministro della sanità del 18 febbraio 1982 (Visita medica, esame completo delle urine, elettrocardiogramma a riposo, certificato di idoneità): euro 36,00;.

b) sport rientranti nella Tabella B del d.m. sanità 18 febbraio 1982 (Visita medica, esame completo delle urine, elettrocardiogramma a riposo e dopo sforzo, spirometria, certificato di idoneità): euro 50,00.

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. E' confermata l'esenzione per i minori di anni diciotto di cui al comma 6 dell'articolo 18 della l.r. 20/2002.

Art. 30

(Copertura posti personale infermieristico)

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

2. Dopo il comma 9 bis dell'articolo 12 della l.r. 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. 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- corrige all'articolo 3 della
l.r. 11/ 2005 - Rettifica popolazione)

1. Alla lettera b) dell'articolo 3 della l.r. 11/2005 la popolazione del Comune di Monopoli nella USL BA/5 è rettificata da 61.163 abitanti a 49.734.

Art. 32

(Modifica e integrazioni all'articolo 36
della l.r. 1/ 2005)

1. All'articolo 36 della l.r. 1/2005 sono apportate le seguenti modifiche e integrazioni:

a) al comma 1, le parole: "alla data di entrata in vigore del r.r. 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 regolamento regionale 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

(Modifica alla l.r. 14/2004)

1. I benefici di cui al comma 6 dell'articolo 11 (Medicina dei servizi) della l.r. 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. 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. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni.

Art. 35

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

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. 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. 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.

3. Il comma 2 dell'articolo 12 della l.r. 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. 502/1992 e successive modificazioni ovvero per comando o distacco da Aziende sanitarie e altri settori della pubblica amministrazione.

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, ricomprendendo 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)

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", quale trattamento riabilitativo di centri specializzati.

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)

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".

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. 12/05/2004, n° 7 "Statuto della Regione Puglia" ed entrerà in vigore il giorno stesso della sua pubblicazione.

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

Data a Bari, addì 9 agosto 2006

INTRONA