

REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE

DELLA REGIONE PUGLIA

Sped. in abb. Postale, Art. 2, comma 20/c - Legge 662/96 - Aut. DC/215/03/01/01 - Potenza

Anno XXXVII

BARI, 8 AGOSTO 2006

N. 101

Il Bollettino Ufficiale della Regione Puglia si pubblica con frequenza infrasettimanale ed è diviso in due parti.

Nella 1ª parte si pubblicano: Leggi e Regolamenti regionali, Ordinanze e sentenze della Corte Costituzionale e di Organi giurisdizionali, Circolari aventi rilevanza esterna, Deliberazioni del Consiglio regionale riguardanti l'elezione dei componenti l'Ufficio di presidenza dell'Assemblea, della Giunta e delle Commissioni permanenti.

Nella 2ª parte si pubblicano: le deliberazioni del Consiglio regionale e della Giunta; i Decreti del Presidente, degli Assessori, dei funzionari delegati, di pubbliche autorità; gli avvisi, i bandi di concorso e le gare di appalto.

Gli annunci, gli avvisi, i bandi di concorso, le gare di appalto, sono inseriti nel Bollettino Ufficiale pubblicato il giovedì.

Direzione e Redazione - Presidenza Giunta Regionale - Lungomare N. Sauro, 33 - 70121 Bari - Tel. 0805406316-0805406317-0805406372 - Uff. abbonamenti 0805406376 - Fax 0805406379.

Abbonamento annuo di € 134,28 tramite versamento su c.c.p. n. 60225323 intestato a Regione Puglia - Tasse, tributi e proventi regionali - Codice 3119.

Prezzo di vendita € 1,34. I versamenti per l'abbonamento effettuati entro il 15° giorno di ogni mese avranno validità dal 1° giorno del mese successivo; mentre i versamenti effettuati dopo il 15° giorno e comunque entro il 30° giorno di ogni mese avranno validità dal 15° giorno del mese successivo.

Gli annunci da pubblicare devono essere inviati almeno 3 giorni prima della scadenza del termine utile per la pubblicazione alla Direzione del Bollettino Ufficiale - Lungomare N. Sauro, 33 - Bari.

Il testo originale su carta da bollo da € 14,62, salvo esenzioni di legge, deve essere corredato da 1 copia in carta uso bollo e dall'attestazione del versamento della tassa di pubblicazione prevista.

L'importo della tassa di pubblicazione è di € 154,94 oltre IVA al 20% (importo totale € 185,93) per ogni inserzione il cui contenuto non sia superiore, nel testo, a quattro cartelle dattiloscritte pari a 100 righe per 60 battute (o frazione) e di € 11,36 oltre IVA (importo totale € 13,63) per ogni ulteriore cartella dattiloscritta di 25 righe per 60 battute (o frazione).

Il versamento dello stesso deve essere effettuato sul c.c.p. n. 60225323 intestato a Regione Puglia - Tasse, tributi e proventi regionali - Codice 3119.

Non si darà corso alle inserzioni prive della predetta documentazione.

LE PUBBLICAZIONI SONO IN VENDITA PRESSO LA LIBRERIA UNIVERSITÀ E PROFESSIONI SRL - VIA CRISANZIO 16 - BARI; LIBRERIA PIAZZO - PIAZZA VITTORIA, 4 - BRINDISI; CASA DEL LIBRO - VIA LIGURIA, 82 - TARANTO; LIBRERIA PATIERNO ANTONIO - VIA DANTE, 21 - FOGGIA; LIBRERIA MILELLA - VIA PALMIERI 30 - LECCE.

SOMMARIO

“Avviso per i redattori e per gli Enti:

Il Bollettino Ufficiale della Regione Puglia si attiene alle regole della Legge 150/2000 per la semplificazione del linguaggio e per la facilitazione dell'accesso dei cittadini alla comprensione degli atti della Pubblica Amministrazione. Tutti i redattori e gli Enti inserzionisti sono tenuti ad evitare sigle, acronimi, abbreviazioni, almeno nei titoli di testa dei provvedimenti”.

PARTE PRIMA

Leggi e Regolamenti Regionali

LEGGE REGIONALE 3 agosto 2006, n. 24

“Norme di organizzazione del sistema trasfusionale regionale”.

Pag. 14866

LEGGE REGIONALE 3 agosto 2006, n. 25

“Principi e organizzazione del Servizio sanitario regionale”.

Pag. 14875

PARTE PRIMA

Leggi e Regolamenti Regionali

LEGGE REGIONALE 3 agosto 2006, n. 24

“Norme di organizzazione del sistema trasfusionale regionale”.IL CONSIGLIO REGIONALE
HA APPROVATOIL PRESIDENTE
DELLA GIUNTA REGIONALE

PROMULGA

La seguente legge:

Art. 1
(*Obiettivi*)

1. Sono obiettivi perseguiti dal sistema trasfusionale della Puglia:

- a) raggiungere e garantire, mediante una costante attività di programmazione e coordinamento del sistema trasfusionale, i livelli di autosufficienza di sangue, emocomponenti ed emoderivati per le strutture sanitarie regionali pubbliche e private;
- b) concorrere al raggiungimento dell'auto-sufficienza nazionale;
- c) favorire la promozione di specifiche iniziative di cooperazione internazionale allo scopo di soddisfare il fabbisogno extranazionale di sangue, emocomponenti ed emoderivati;
- d) promuovere e favorire il ricorso alle tecniche di raccolta del sangue autologo, del recupero perioperatorio e dell'utilizzo di componenti del sangue per uso topico;

e) garantire elevati livelli di sicurezza del sangue, emocomponenti e plasmaderivati attraverso:

- 1) la promozione della donazione volontaria, periodica, anonima e non remunerata e associata;
 - 2) l'utilizzo delle tecniche più avanzate per la validazione biologica delle unità raccolte;
 - 3) l'implementazione dei sistemi di controllo di qualità nelle strutture trasfusionali;
 - 4) la promozione del buon uso del sangue;
- f) realizzare la completa informatizzazione delle strutture trasfusionali e delle associazioni e federazioni di donatori di sangue pugliesi nonché il loro collegamento in rete con la struttura regionale competente;
- g) certificare tutte le strutture trasfusionali regionali secondo le norme di riferimento del sistema di gestione della qualità UNI EN ISO 9001:2000;
- h) sostenere le associazioni e le federazioni di donatori di sangue nella promozione della donazione di sangue, emocomponenti, midollo osseo e cellule staminali emopoietiche secondo le necessità e gli obiettivi della programmazione regionale;
- i) promuovere l'omogeneizzazione e la standardizzazione di tutte le procedure riguardanti la medicina trasfusionale garantendone la sicurezza e la tracciabilità;
- j) favorire la sperimentazione e l'applicazione delle innovazioni tecnologiche che si rendono disponibili.

Art. 2
(*Il volontariato*)

1. La Regione riconosce il ruolo fondamentale e insostituibile del volontariato, rappresentato dalle associazioni e dalle federazioni dei donatori volontari di sangue. A tal fine promuove il loro sviluppo, ne sostiene le iniziative e ne salvaguarda l'autonomia, valorizzandone l'apporto sia nella fase della

programmazione, sia in quella della gestione per il conseguimento delle finalità indicate nella presente legge.

2. Con le associazioni e le federazioni dei donatori, la Regione promuove e sostiene, in particolare, iniziative volte a:

- a) sensibilizzare l'opinione pubblica sui valori umani e di solidarietà che si esprimono nella donazione di sangue volontaria, periodica, non remunerata e associata;
- b) promuovere l'informazione sul significato e sul contenuto delle procedure aferetiche e delle donazioni multicomponenti;
- c) promuovere campagne per l'adesione periodica delle attività di aferesi produttiva;
- d) divulgare le informazioni inerenti la prevenzione, la diagnosi e la cura delle malattie del sangue;
- e) attivare iniziative per la tutela della salute dei donatori e dei pazienti omeopatici con interventi di educazione sanitaria e di medicina preventiva a favore dei donatori e dei candidati alla donazione di sangue, di emocomponenti e di midollo;
- f) promuovere e favorire i rapporti di collaborazione fra le associazioni e le federazioni di donatori di sangue e le strutture trasfusionali, in tutte le attività di competenza, con particolare riguardo al servizio di chiamata dei donatori associati, alla loro accoglienza e alle attività di raccolta dei diversi emocomponenti.

3. Con la presente legge la Regione Puglia, inoltre, intende coinvolgere attivamente gli operatori sanitari delle strutture pubbliche e private e della medicina del territorio nelle azioni di promozione alla donazione in quanto titolari delle competenze in fatto di educazione alla salute e di medicina preventiva. Sono, pertanto, promosse a livello dipartimentale, in collaborazione con le associazioni e le federazioni di donatori volontari, tutte le azioni congiunte volte alla promozione della donazione del sangue. In detta ottica sono avviate specifiche iniziative tendenti a coinvolgere direttamente,

nei programmi di prevenzione e tutela della salute, nel rispetto dei criteri di sicurezza trasfusionale previsti dalle normative nazionali ed europee vigenti, anche le nuove comunità etniche.

Art. 3

(Organizzazione del sistema trasfusionale regionale)

1. Alla realizzazione dei contenuti della presente legge, ivi compresa l'allegata tabella A, sono deputate:
 - a) le strutture di programmazione e coordinamento;
 - b) le strutture trasfusionali.
2. Le strutture di programmazione e coordinamento sono:
 - a) il Coordinamento regionale delle attività trasfusionali (CRAT);
 - b) la Commissione tecnico-scientifica (CTS);
 - c) i Dipartimenti interaziendali di medicina trasfusionale (DIMT).
3. Le strutture che realizzano le attività di medicina trasfusionale della Regione Puglia sono:
 - a) il Centro regionale di coordinamento e compensazione (CRCC);
 - b) i Servizi di immunoematologia e medicina trasfusionale (SIMT);
 - c) le Sezioni trasfusionali (ST);
 - d) le Unità di raccolta fisse (URF) e mobili (URM).

Art. 4

(CRAT)

1. E' istituito presso il Settore assistenza ospedaliera specialistica dell'Assessorato alle politiche della salute il CRAT.
2. Sono compiti e funzioni del CRAT:
 - a) proporre alla Giunta regionale eventuali modifiche della rete dei servizi della medicina trasfusionale nel rispetto delle necessità assistenziali;

- b) definire, avvalendosi della CTS e del CRCC, i tempi e le modalità di attuazione della presente legge;
- c) definire le attività, in termini di raccolta di sangue ed emocomponenti, da attribuire ai DIMT in base a dati relativi alla popolazione residente, alla complessità delle strutture ospedaliere del territorio e alle necessità del sistema di sangue regionale ed extraregionale;
- d) dare indicazioni sugli aspetti organizzativi, economici, tecnici e scientifici inerenti i contenuti e gli obiettivi della presente legge, avvalendosi della collaborazione della CTS attraverso una periodica consultazione;
- e) definire e validare protocolli operativi attraverso i quali si realizza la standardizzazione delle attività di medicina trasfusionale previste dalla presente legge;
- f) proporre alla Giunta regionale lo schema tipo di regolamento per il funzionamento dei DIMT;
- g) definire, in collaborazione con la CTS, i criteri per l'accreditamento delle strutture trasfusionali;
- h) attivare la rete dell'emovigilanza nelle strutture trasfusionali attraverso i dati trasmessi dai DIMT al sistema informativo regionale;
- i) monitorare l'attuazione della presente legge e verificare il raggiungimento degli obiettivi individuati per ciascun Dipartimento, nel rispetto delle risorse assegnate;
- j) definire le procedure, sulla base di quanto previsto dall'articolo 15, commi 1 e 5, della legge 21 ottobre 2005, n. 219 (Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati), per l'espletamento della gara europea per la plasmapiroduzione e per il controllo della distribuzione degli emoderivati ottenuti.

3. La Giunta regionale, con apposita deliberazione da approvarsi entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, stabilisce

l'organizzazione e le modalità di funzionamento del CRAT.

Art. 5

(CTS)

1. Presso l'Assessorato regionale alle politiche della salute è costituita la CTS per le attività trasfusionali.
2. La CTS è nominata con delibera della Giunta regionale ed è composta da:
 - a) l'Assessore regionale alle politiche della salute o suo delegato, che la presiede;
 - b) il responsabile del CRAT;
 - c) i direttori dei DMT;
 - d) un rappresentante della sanità militare, competente per territorio;
 - e) tre rappresentanti delle associazioni e federazioni di donatori di sangue che hanno effettuato il maggior numero di donazioni nell'ultimo triennio;
 - f) un rappresentante designato dalle associazioni dei pazienti emopatici operanti sul territorio regionale;
 - g) il direttore del CRCC;
 - h) due esperti in medicina trasfusionale designati rispettivamente dalla Sezione regionale della Società italiana di medicina trasfusionale (SIMTI) e dalla Sezione regionale della Società italiana di emaferesi e manipolazione cellulare (SIDEM);
 - i) un funzionario dell'Ufficio competente del Settore assistenza ospedaliera e specialistica, che esercita le funzioni di segretario.
3. La Commissione si riunisce almeno una volta l'anno.
4. La Commissione svolge funzioni consultive di carattere generale e compiti propositivi nei confronti del CRAT volti all'ottimizzazione del processo trasfusionale, nonché di collaborazione nelle attività di verifica dell'attuazione degli obiettivi strategici, ponendosi quale struttura intermedia tra l'organismo di programmazione e verifica (CRAT) e i DIMT.

Art. 6
(CRCC)

1. Il CRCC, già istituito in attuazione dell'articolo 8 della legge 4 maggio 1990, n. 107 (Disciplina per le attività trasfusionali relative al sangue umano e ai suoi componenti e per la produzione di plasmaderivati), quale organo preposto in via prioritaria ad assicurare il raggiungimento dell'autosufficienza di sangue, plasma ed emoderivati a livello regionale, è allocato nel SIMT dell'Azienda ospedaliera consorziale Policlinico e svolge il ruolo di:

- a) acquisizione dati sull'andamento delle raccolte degli emocomponenti e quelli relativi all'emovigilanza;
- b) compensazione emocomponenti e distribuzione degli emoderivati tra i DIMT;
- c) gestione della convenzione fra la Regione Puglia e l'industria di plasma produzione.

2. Le funzioni di programmazione e controllo delle attività trasfusionali sono progressivamente trasferite al CRAT e, comunque, entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge.

Art. 7
(DIMT)

1. I DIMT sono dipartimenti interaziendali che, sulla base degli indirizzi regionali predisposti dal CRAT, sentita la CTS, organizzano e controllano tutte le attività delle strutture di medicina trasfusionale operanti nell'ambito territoriale di competenza e sono strumenti attuativi della programmazione in termini di autosufficienza.

2. I direttori delle strutture trasfusionali che fanno parte del DIMT garantiscono e assicurano l'assetto organizzativo e strutturale che consenta al DIMT di svolgere le funzioni di produzione secondo i volumi di raccolta definiti dal CRAT.

3. I DIMT in particolare svolgono le seguenti funzioni:

- a) realizzare la standardizzazione delle procedure trasfusionali mediante protocolli operativi definiti nella conferenza di dipartimento;

b) coordinare tutte le attività trasfusionali sul territorio di competenza organizzando la rete di raccolta di sangue ed emocomponenti al fine di assicurare la propria autosufficienza, nel rispetto delle previsioni di raccolta di sangue ed emocomponenti definite dal CRAT;

c) coordinare la compensazione di unità di sangue, emocomponenti ed emoderivati fra le strutture trasfusionali del proprio territorio di competenza;

d) collaborare con il CRCC alla realizzazione della compensazione degli emocomponenti e con il CRAT per l'eventuale compensazione extraregionale e internazionale;

e) organizzare, in collaborazione con le associazioni e le federazioni di donatori di sangue, l'attività di raccolta di plasma da aferesi sulla base degli obiettivi stabiliti dalla programmazione regionale e delle necessità di produzione industriale di plasmaderivati;

f) individuare, nell'ambito della programmazione dipartimentale, le possibilità di concentrazione delle attività di laboratorio relative alla validazione del sangue allo scopo di realizzare economie di scala;

g) garantire lo sviluppo presso ogni sede ospedaliera delle attività collegate alla medicina trasfusionale, quali il buon uso del sangue e degli emocomponenti, l'autotrasfusione, la prevenzione, diagnosi e cura delle malattie del sangue, la consulenza trasfusionale;

h) promuovere e coordinare i corsi di formazione, aggiornamento e riqualificazione del personale.

4. Gli ambiti territoriali dei Dipartimenti coincidono con le province, a eccezione della provincia di Bari per la quale sono individuati due DIMT.

5. In ogni Dipartimento è previsto almeno un servizio di immunoematologia e medicina trasfusionale.

6. Al DIMT afferiscono le strutture trasfusionali ritenute indispensabili in rapporto alla popola-

zione residente, al numero delle strutture ospedaliere pubbliche e private comprese nel territorio, alla complessità delle specialità chirurgiche, alle attività di emergenza - urgenza, ai dati di attività svolte dalle stesse nell'ultimo triennio.

Art. 8
(SIMT)

1. I SIMT sono strutture complesse e svolgono, ai sensi della l. 219/2005, le seguenti attività:

- a) provvedere, ciascuno nell'ambito territoriale di propria competenza, all'organizzazione delle attività e delle funzioni concernenti il sistema donazione-trasfusione e la prevenzione;
- b) concorrere alle attività di diagnosi e cura delle omeopatie congenite, delle coagulopatie e delle malattie trasmissibili con il sangue.

2. I SIMT sono responsabili di tutte le attività trasfusionali del territorio di competenza comprese quelle di seguito riportate:

- a) organizzazione, nel territorio di propria competenza, in accordo con le associazioni di volontariato, della raccolta di sangue ed emocomponenti secondo le diverse tipologie di donazione e pianificazione, su base annuale, dell'attività delle URF e delle URM, da essi strutturalmente e/o funzionalmente dipendenti;
- b) realizzazione della concentrazione di tutte le attività di diagnostica di laboratorio concernenti la medicina trasfusionale, allocandole di norma nella sede del SIMT. Per particolari situazioni logistiche aziendali, il Direttore generale, d'intesa con il Direttore del SIMT, può dislocare una o più delle attività sopraccitate presso una ST del territorio, secondo i principi dell'economicità e della produttività;
- c) gestione dell'assegnazione e della consegna del sangue e degli emocomponenti alle strutture ospedaliere pubbliche e private presenti nel territorio di competenza allo scopo di garantire l'approvvigionamento di emocomponenti a tutte le unità operative, con particolare riferimento a

quelle facenti parte del sistema urgenza/emergenza;

- d) assicurazione della copertura delle urgenze ed emergenze trasfusionali su tutto il territorio di competenza ventiquattro ore su ventiquattro mediante l'istituto di guardia medica attiva;
- e) funzione di riferimento per il DIMT per la programmazione e l'attuazione dei meccanismi di compensazione regionale e interregionale;
- f) sostegno, presso le strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate e non accreditate del territorio di propria competenza, delle attività di servizio collegate alla medicina trasfusionale, quali il buon uso del sangue e degli emocomponenti, l'autotrasfusione, gli interventi di prevenzione e la consulenza trasfusionale.

Art. 9
(ST)

1. Le ST sono strutture del DIMT presenti in presidi ospedalieri che non sono sede di SIMT e nei quali si rende necessario il decentramento delle prestazioni trasfusionali per la complessità delle unità operative preesistenti, per la presenza di attività di emergenza/urgenza e di branche specialistiche di particolare impatto trasfusionale.

2. Le ST sono strutture semplici e autonome deputate allo svolgimento delle seguenti attività:

- a) raccolta di sangue intero ed emocomponenti anche mediante procedure di aferesi multicomponent secondo la programmazione annuale del dipartimento su cui insistono;
- b) gestione dei programmi di autotrasfusione;
- c) lavorazione e conservazione del sangue e degli emocomponenti;
- d) distribuzione e assegnazione del sangue ed emocomponenti;
- e) attività di consulenza trasfusionale e, ove previsto dalla programmazione dipartimentale, attività di laboratorio di immunematologia e di prevenzione, diagnosi e cura delle malattie del sangue e dell'emostasi.

3. Le ST devono garantire le attività di cui al comma 2 dalle ore otto alle ore venti, con presenza medica e tecnica e nelle ore notturne e festive con la pronta disponibilità.

4. Per quanto riguarda le restanti attività di medicina trasfusionale e in particolare la validazione delle unità di sangue ed emocomponenti raccolte, le ST fanno riferimento al servizio di medicina trasfusionale del territorio del DIMT su cui insistono.

Art. 10

(Unità di raccolta)

1. Le URF devono garantire l'apertura al pubblico tutti i giorni feriali. Le URF sono finalizzate alla raccolta di sangue intero, di plasma mediante emaferesi, alla raccolta multicomponent, nonché di emocomponenti per autodonazioni. Le strutture, il personale, le attrezzature e l'organizzazione delle URF dipendono strutturalmente e funzionalmente dal SIMT territorialmente competente salvo che, appartenendo a aziende o enti diversi, ne dipendono funzionalmente; in questo caso le aziende disciplinano i loro rapporti mediante convenzione.

2. Le Unità di raccolta mobile o temporanea (URM) sono strutture stabili o mobili (autoemoteca) idonee allo svolgimento delle donazioni di sangue e/o emocomponenti, aperte secondo un calendario annuale per un minimo di quattro ore per volta. Le strutture, il personale, le attrezzature e l'organizzazione delle URM dipendono dal SIMT territorialmente competente.

Art. 11

(La sicurezza trasfusionale)

1. La sicurezza del sangue e degli emocomponenti rappresenta l'obiettivo prioritario del sistema trasfusionale e si realizza mediante le seguenti misure:

- a) donazione volontaria, periodica, non remunerata e associata, che si realizza creando e favorendo una disponibilità solidale dei donatori attraverso l'incentivazione dell'associazionismo;

- b) implementazione delle indagini di laboratorio e delle procedure sul sangue e sugli emocomponenti finalizzate alla sicurezza del ricevente;

- c) uso ottimale della risorsa sangue da attuarsi attraverso una costante attività di consulenza del medico trasfusionista nei confronti del clinico;

- d) tracciabilità del percorso trasfusionale nell'ottica del miglioramento delle procedure sanitarie e dell'avvio di un programma di emovigilanza.

2. In aggiunta alla ricerca diretta del virus dell'epatite C mediante tecnica NAT, allo scopo di aumentare il livello di sicurezza trasfusionale degli emocomponenti trasfusi, uniformandolo su tutto il territorio regionale, viene resa obbligatoria la ricerca mediante tecniche di biologia molecolare dei virus HIV e HBV su tutte le unità donate.

3. E' confermata, nella fase iniziale di attuazione della presente legge, l'assegnazione ai dieci SIMT, già individuati con deliberazione della Giunta regionale 14 novembre 2001, n. 1607, delle indagini di biologia molecolare per i virus HCV, HIV e HBV. Al fine di realizzare economie di scala, il CRAT, sentiti i DIMT, propone alla Giunta regionale un'ulteriore concentrazione delle strutture trasfusionali deputate alle indagini di biologia molecolare.

Art. 12

(Attività di eccellenza e nuove tecnologie)

1. Il sistema trasfusionale regionale persegue obiettivi di qualità, di miglioramento costante e di adeguamento alle innovazioni tecnologiche.

2. Il raggiungimento di questi obiettivi si ottiene con lo sviluppo di un sistema regionale coordinato all'interno del quale si renda possibile affidare la gestione delle attività di eccellenza ad alcune strutture della rete; la Giunta regionale, previo parere del CRAT e della CTS individua, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le strutture trasfusionali cui affidare compiti di:

- a) centro di riferimento per la conservazione delle cellule staminali da cordone ombelicale;
- b) centro di riferimento per la banca dell'osso e dei tessuti;
- c) banca regionale del sangue congelato, per le situazioni di emergenza e calamità, e del sangue raro;
- d) centro regionale di riferimento per l'immunoematologia eritrocitaria e piastrinica;
- e) centro regionale di riferimento per l'emostasi e la coagulazione.

Art. 13

(Gestione finanziaria del sistema trasfusionale e controllo della spesa)

1. L'attenzione alla spesa sanitaria complessiva rende necessaria l'introduzione della contabilità analitica nelle strutture trasfusionali al fine di acquisire informazioni univoche sui costi per la produzione degli emocomponenti ed emoderivati. Sulla base di detta procedura, che utilizza il criterio della contabilità, basata sulle attività, per valorizzare al meglio le prestazioni produttive e cliniche del servizio trasfusionale, negli annuali DIEF approvati dalla Giunta regionale viene stabilito il Fondo regionale vincolato per le attività trasfusionali.

Art. 14

(Standard di personale)

1. Lo standard minimo di personale per le strutture trasfusionali individuate dalla presente legge è

quello previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1 settembre 2000, n. 1196700 (Atto di indirizzo e coordinamento in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie relative alla medicina trasfusionale). Lo standard deve essere congruente con gli obiettivi della presente legge.

Art. 15

(Standard strutture operative della medicina trasfusionale)

1. In fase di prima applicazione della presente legge e, comunque, fino all'approvazione del nuovo piano di salute, in applicazione dell'intesa della Conferenza Stato Regioni del 23 marzo 2005, i SIMT, le ST, le URF e le URM sono individuate nei DIMT sulla base dei seguenti criteri di valutazione:
- a) popolazione residente;
 - b) numero di strutture ospedaliere pubbliche e private;
 - c) presenza di specialità chirurgiche di elevata complessità;
 - d) numero di unità operative di emergenza urgenza territoriali;
 - e) numero di emazie raccolte e distribuite.

Art. 16

(Norma finanziaria)

1. L'attuazione della presente legge è vincolata alle risorse finanziarie annualmente assegnate con il riparto del Fondo sanitario regionale

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 3 agosto 2006

VENDOLA

TABELLA A**RETE TRASFUSIONALE DELLA REGIONE PUGLIA****DIMT della provincia di Foggia (sede A.O. Ospedali riuniti di Foggia):**

- a) SIMT dell'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Foggia;
- b) SIMT dell'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza di San Giovanni Rotondo;
- c) ST del Presidio Ospedaliero di Cerignola;
- d) ST del Presidio Ospedaliero di San Severo;
- e) URF del P.O. di Lucera.

DIMT della provincia di Barletta , Andria , Trani (sede AUSL BAT)

- a) SIMT del Presidio Ospedaliero di Andria;
- b) SIMT del Presidio Ospedaliero di Barletta;
- c) ST del Presidio Ospedaliero di Trani;
- d) URF del P.O. di Canosa;
- e) URF del P.O. di Bisceglie.

DIMT 1 della provincia di Bari (sede AUSL Bari 4)

- a) SIMT P.O. San Paolo;
- b) SIMT del P.O. Di Venere Carbonara;
- c) SIMT P.O.di Molfetta;
- d) ERF del P. O di Terlizzi;
- e) URF del Presidio Ospedaliero di Triggiano.

DIMT 2 della provincia di Bari (sede A.O. Policlinico)

- a) SIMT Azienda Ospedaliera Policlinico;
- b) SIMT Ospedale Miulli di Acquaviva;
- c) SIMT del P.O. di Monopoli;
- d) SIMT del Presidio Ospedaliero di Putignano ;
- e) URF del P.O.di Altamura;
- f) URF del P.O. di Conversano;
- g) URF del P.O. Giovanni XXIII.

DIMT della provincia di Brindisi (sede AUSL Brindisi 1)

- a) SIMT del S.O. Perrino di Brindisi ;
- b) URF del Presidio Ospedaliero di Ostuni;
- c) URF del Presidio Ospedaliero di Francavilla.

DIMT della provincia di Lecce (sede AUSL Lecce 1)

- a) SIMT del Presidio Ospedaliero Fazzi di Lecce;
- b) SIMT dell'E.E. Ospedale Panico di Tricase;
- c) SIMT del Presidio Ospedaliero di Gallipoli;
- d) ST del Presidio Ospedaliero di Copertino;
- e) ST del Presidio Ospedaliero di Galatina;
- f) ST del Presidio Ospedaliero di Casarano;
- g) URF del Presidio Ospedaliero di Nardò.

DIMT della provincia di Taranto (sede AUSL Taranto 1)

- a) SIMT dello S.O. SS. Annunziata di Taranto;
- b) ST del Presidio Ospedaliero di Martina Franca;
- c) URF del Presidio Ospedaliero di Manduria;
- d) URF del Presidio Ospedaliero di Castellaneta.

LEGGE REGIONALE 3 agosto 2006, n. 25

“Principi e organizzazione del Servizio sanitario regionale”.

IL CONSIGLIO REGIONALE
HA APPROVATO

IL PRESIDENTE
DELLA GIUNTA REGIONALE

PROMULGA

La seguente legge:

TITOLO I

**PRINCIPI DI RIORDINO
DEL SERVIZIO
SANITARIO REGIONALE**

Art. 1

(Principi ispiratori)

1. La Regione tutela e promuove la salute, intesa come benessere psicofisico e sociale, in quanto diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce l'uguaglianza degli interventi sanitari e socio-sanitari a tutti i cittadini, a prescindere dalle proprie convinzioni personali e condizioni socio-economiche, nonché una facilità di accesso alla risposta al bisogno di salute.
2. La Regione promuove e garantisce l'universalismo e la solidarietà, assicurando equità e pari opportunità di accesso ai servizi e prestazioni all'intera collettività, superando le condizioni d'indigenza e vulnerabilità, promuovendo il recupero delle persone disabili e non autosufficienti e tenendo conto delle specificità territoriali delle aree svantaggiate e montane.

3. La Regione assume come proprio principio per le politiche socio-sanitarie regionali la sussidiarietà orizzontale e verticale, l'omogeneità e l'adeguatezza al sistema dei bisogni, la partecipazione attiva dei cittadini singoli e associati.

4. La Regione, nel promuovere la tutela della salute, individuale e collettiva, integra le politiche sanitarie e socio-sanitarie con le politiche relative allo sviluppo economico, di tutela ambientale, dell'urbanistica, dei trasporti, dell'agricoltura, dello sport e tempo libero, per l'impatto che le stesse hanno sullo stato di salute.

5. Il sistema delle autonomie locali concorre al perseguimento degli obiettivi di salute.

Art. 2

*(Programmazione sanitaria
e socio-sanitaria regionale)*

1. La programmazione sanitaria e socio-sanitaria della Regione s'ispira ai principi di cui all'articolo 1 e a quelli 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, della legge 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali), della legge regionale 10 luglio 2006, n. 19 (Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e uomini in Puglia), nonché del Piano sanitario nazionale (PSN) e si esplica nel documento di indirizzo del Piano regionale di salute (PRS).

2. Il PRS, con riferimento ai Livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all'accordo Stato-Regioni e Province autonome del 22 novembre 2001 e successive modificazioni e integrazioni, individua obiettivi di salute, strategie e azioni prioritarie d'intervento del Servizio sanitario regionale (SSR) da raggiungere nel triennio di riferimento. Il PRS definisce inoltre:

- a) la missione dei sistemi operativi del SSR e la distinzione dei ruoli e delle funzioni di governo e di gestione;

- b) l'adeguatezza e l'appropriatezza allocativa delle risorse in funzione degli obiettivi di salute, in un contesto di uso razionale delle stesse;
- c) gli interventi d'integrazione e coordinamento delle politiche della salute con le politiche sociali, dell'ambiente, del bilancio e della programmazione economica;
- d) gli indirizzi per la stipula dei protocolli d'intesa tra Regione e Università, in attuazione degli articoli 6 e 6 bis del d.lgs 502/1992 e successive modificazioni, del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 (Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale e Università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419), e delle conseguenti linee guida di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 24 maggio 2001, relativi all'integrazione e coordinamento delle attività di didattica e ricerca, anche post-laurea, delle Facoltà di medicina e chirurgia con quelle di assistenza sanitaria nonché partecipazione di aziende e istituti del SSR alle attività di formazione e ricerca in coerenza e conformità dei valori e degli assetti organizzativo-funzionali della presente legge. A tali fini e nell'ambito della programmazione del fabbisogno di medici specialisti, la Regione può autorizzare le Aziende sanitarie a finanziare apposite borse di studio alle Università degli studi con sede esclusiva nel territorio regionale, limitatamente a discipline specialistiche per le quali nei protocolli d'intesa Università - Regione le strutture dell'AUSL interessata sono individuate come sedi formative, in modo da garantire nelle suddette strutture la frequenza dei medici specializzandi. Tale autorizzazione può essere concessa a condizione che le stesse Aziende riducano, nel periodo interessato, almeno pari importi di costi per l'acquisizione di beni e servizi non sanitari e che le Università degli studi garantiscano, presso le strutture sanitarie delle Aziende medesime, la cor-

rispondente frequenza di medici specializzandi;

- e) il processo di attivazione dell'accreditamento istituzionale, ai sensi della l.r. 8/2004 e sue modificazioni e integrazioni.

3. Il PRS orienta il sistema verso il principio della centralità del cittadino, protagonista e fruitore dei percorsi assistenziali, al quale va garantita la partecipazione attiva alle scelte che riguardano la propria salute e l'istituzionalizzazione di processi di valutazione continua della qualità dei servizi erogati che prevedano anche l'introduzione del punto di vista dell'utente.

4. Le politiche di prevenzione sono assunte quali prioritarie e centrali nella definizione del PRS.

5. Il PRS prevede iniziative di screening ai fini del monitoraggio delle condizioni di salute dei giovani in età da quindici a diciannove anni. A tal fine può essere utilizzato anche personale della continuità assistenziale mediante estensione dell'orario di lavoro.

Art. 3

(Rapporto tra programmazione sanitaria regionale e piani attuativi locali)

1. E' istituita la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale ex articolo 2, comma 2 bis, del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni, con compiti e funzioni di indirizzo, programmazione e controllo definiti nel successivo articolo 7, comma 1. Fanno parte della Conferenza permanente gli Assessori alle politiche della salute e alle politiche sociali, alla trasparenza e cittadinanza attiva, all'ambiente, al bilancio e alle politiche agroalimentari nonché i Presidenti delle Conferenze dei sindaci, i Sindaci delle città sedi di Aziende ospedaliero-universitarie, i rappresentanti dell'ANCI, dell'UPI e dell'UNCEM e tre consiglieri regionali, di cui due in rappresentanza della maggioranza e uno della minoranza.

2. I membri della Conferenza di cui al comma 1

sono nominati con decreto del Presidente della Giunta regionale. Le modalità di funzionamento della Conferenza sono disciplinate da apposito regolamento adottato alla Giunta regionale.

3. Per l'espletamento delle proprie funzioni la Conferenza di cui al comma 1 si avvale di un Comitato tecnico composto da un rappresentante dell'Agenzia regionale sanitaria (A.Re.S.), un rappresentante dell'Agenzia regionale per la protezione ambientale (ARPA), un rappresentante dell'Osservatorio epidemiologico regionale, il dirigente del competente Settore degli assessorati alle politiche della salute e alle politiche sociali nonché due tecnici nominati dalla Giunta regionale e un rappresentante della Commissione regionale per l'integrazione socio-sanitaria.

4. Il Direttore generale, avvalendosi del Collegio di direzione dell'Azienda sanitaria o Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), sulla base delle risorse assegnate, propone il Piano attuativo locale (PAL) e il Piano annuale delle attività. Il primo è lo strumento di pianificazione strategica di Aziende e IRCCS del Servizio sanitario regionale, riferito allo spazio temporale di tre anni, che determina le linee di sviluppo, gli obiettivi e le politiche di medio-lungo termine dell'intera struttura organizzativa aziendale, coordinando e integrando le attività delle strutture e dei dipartimenti presenti al suo interno. Il secondo è il Piano che individua gli obiettivi annuali e le risorse che necessitano per raggiungerli. Il Piano annuale, costituito dal programma di attività e bilancio economico preventivo, rappresenta lo strumento principale di collegamento e raccordo con la pianificazione strategica garantendo la coerenza dei singoli obiettivi delle strutture e dei Dipartimenti con la programmazione aziendale.

5. Alla Conferenza permanente viene trasmesso, per l'esame, il documento annuale contenente lo stato di salute della popolazione.

Art. 4

(La Conferenza dei sindaci)

1. La Conferenza dei sindaci è composta da

tutti i Sindaci, o loro delegati, dei Comuni ricompresi nel territorio dell'AUSL. Il suo funzionamento è definito da apposito regolamento approvato dalla Giunta regionale.

2. I Comuni, attraverso la Conferenza dei sindaci, esprimono parere obbligatorio sul PAL nonché, attraverso il Comitato dei sindaci di distretto, sul Piano attuativo territoriale (PAT). Il parere è reso entro trenta giorni dalla data di trasmissione dei relativi atti, decorsi i quali si deve intendere favorevolmente espresso.

3. La Conferenza dei sindaci esamina il bilancio pluriennale di previsione e l'atto aziendale dell'AUSL di cui all'articolo 3, comma 1 bis, del d.lgs 502/1992 e successive modificazioni;

4. La Conferenza dei sindaci esprime parere sulla nomina del Direttore generale dell'AUSL e, sussistendone le condizioni, può avanzare proposte per la revoca dello stesso a norma dell'articolo 3 bis, comma 7, del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni.

5. La Conferenza dei sindaci esercita la verifica sulla gestione del PAL da parte delle AUSL e sui risultati.

6. Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Sindaco del comune sede dell'AUSL per la quale è intervenuta la modifica dell'ambito territoriale, assistito dal Segretario comunale, convoca i Sindaci dei comuni dell'AUSL e istituisce la Conferenza.

7. Nelle more dell'approvazione del regolamento di cui al comma 1 si applica il regolamento tipo approvato con deliberazione della Giunta regionale 31 marzo 1995, n. 826.

Art. 5

*(Integrazione socio-sanitaria
e ruolo degli enti locali
nella programmazione)*

1. La Regione garantisce la completa integrazione tra le diverse forme di assistenza sanitaria e

tra l'assistenza sanitaria e quella sociale, con il concorso delle istituzioni preposte, assicurando, in coerenza con il percorso attuativo del sistema integrato dei servizi sociali, l'armonizzazione delle iniziative volte alla soluzione di problematiche sociali e sanitarie del cittadino e coordinando gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione.

2. Nella Commissione regionale per l'integrazione socio-sanitaria è garantita la partecipazione dell'Assessorato alle politiche della salute, nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 11, comma 3, della l.r. 19/2006.

3. Gli Enti locali partecipano al processo di elaborazione del PRS, collaborano al PAL e, attraverso la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale, procedono alla verifica della realizzazione del PAL da parte delle Aziende ospedaliere.

4. Le Aziende sanitarie partecipano all'elaborazione, insieme agli enti locali, dei Piani sociali di zona (PSZ), nel rispetto di quanto previsto dalla l.r.19/2006.

5. Le strutture del SSR stipulano con le autonomie locali protocolli d'intesa per interventi di comune competenza finalizzati all'integrazione socio-sanitaria, specificando i livelli di compartecipazione alla spesa.

Art. 6

(La partecipazione democratica dei cittadini)

1. In ogni AUSL è istituito il Comitato consultivo misto (CCM) ai sensi dell'articolo 13 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del servizio sanitario nazionale) e dell'articolo 12 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 (Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419).

2. Il CCM è composto da utenti e operatori di servizi socio-sanitari del territorio dell'AUSL.

3. L'attività del CCM è finalizzata a:

- a) contribuire alla programmazione delle attività dell'AUSL;
- b) contribuire all'elaborazione dei Piani aziendali;
- c) verificare la funzionalità dei servizi, la loro rispondenza alle finalità del SSN e agli obiettivi dei Piani sanitari nazionali e regionali.

4. L'attività del CCM è rivolta verso tutte le strutture sanitarie e socio-sanitarie che fanno parte dell'AUSL e con essa accreditate.

5. La Regione emana un regolamento per il funzionamento del CCM che stabilisce:

- a) l'organizzazione del CCM per distretti prevedendo la possibilità di organizzarsi per gruppi di lavoro su temi particolari;
- b) l'attribuzione dei compiti del CCM, tra i quali

- 1) proporre campagne di informazione mediante adeguati mezzi di divulgazione agli utenti (messi a disposizione della AUSL), sui loro diritti, sui criteri e requisiti di accesso e sulle modalità di erogazione dei servizi;

- 2) favorire la partecipazione degli utenti e delle forze sociali mediante dibattiti e altri mezzi adeguati promuovendo iniziative presso le comunità esistenti: scuole, fabbriche, circoli culturali, quartieri o frazioni;

- 3) formulare proposte in ordine:

- 3.1 al programma d'intervento dei servizi;

- 3.2 alla pubblicizzazione dell'attività relativa al funzionamento dei servizi;

- 3.3 a programmi di indagine e ricerche sui bisogni, di rispondenza dei servizi alle necessità degli utenti ed epidemiologiche;

- 4) curare la pubblicizzazione dei servizi in collaborazione con gli operatori per:

- 4.1 collaborare alla programmazione di piani di educazione sanitaria;

- 4.2 valutare annualmente, tramite una relazione, l'andamento complessivo dei servizi dell'AUSL;

- c) le modalità e periodicità con cui i CCM convocano assemblee pubbliche a livello di distretto;
- d) le modalità di costituzione, le articolazioni e la composizione del CCM, assicurando la presenza di due terzi a membri provenienti dalle associazioni di cittadini impegnate nella tutela del diritto alla salute;
- e) la durata in carica del CCM, la disciplina del suo funzionamento, le modalità di nomina e le attribuzioni del Presidente del CCM, la decadenza, le sostituzioni e le incompatibilità dei componenti del CCM, i rapporti tra CCM e AUSL.

Art. 7

(Valutazione e controllo)

1. La Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale, sulla base dell'istruttoria assicurata dal Comitato tecnico, verifica il rispetto delle priorità e la conformità al PRS degli obiettivi e dell'allocazione delle risorse nel rispetto della compatibilità finanziaria e propone alla Regione l'approvazione dei PAL.
2. Le Direzioni generali attivano gli strumenti di controllo direzionale e operativo per la valutazione dell'efficienza, efficacia, economicità e appropriatezza nell'utilizzazione delle risorse assegnate ai dirigenti.
3. Il CCM di cui all'articolo 6 svolge funzioni di monitoraggio e verifica in ordine alla corretta attuazione della programmazione locale e di valutazione dei servizi sanitari e socio-sanitari.
4. Per le finalità di cui ai commi 2 e 3 le Aziende sanitarie adottano strumenti di misura e valutazione delle attività sanitarie sulla base delle linee guida regionali attraverso indicatori di processo e di esito.

Art. 8

(Le aziende e istituti del SSR)

1. Le Aziende e gli IRCCS del SSR sono

sistemi orientati al cittadino e articolati in Presidi, Distretti, Dipartimenti e aree di attività che governano i processi sequenziali interni con cicli continui di pianificazione e controllo per il miglioramento delle proprie attività/prestazioni/servizi. Le Aziende e gli IRCCS del SSR promuovono e garantiscono la qualità delle cure e delle attività di prevenzione, l'ottimale e razionale utilizzazione delle risorse e la responsabilizzazione di tutti gli attori che interagiscono nel sistema.

2. L'organizzazione delle Aziende e degli IRCCS e il loro funzionamento sono individuati nell'atto aziendale, deliberato dal Direttore generale con le modalità e i processi di consultazione previsti dalle leggi e dai contratti vigenti.

3. La direzione aziendale, in attuazione del d.lgs 502/1992 e successive modificazioni, assume come fondamentali i seguenti valori:

- a) la responsabilità, a tutti i livelli interni, valutata attraverso lo strumento della verifica dell'operato in termini di risultato;
- b) l'autonomia intesa come facoltà di porre in essere decisioni ai vari livelli;
- c) la trasparenza, nel senso del rispetto delle leggi e delle norme vigenti e dello sviluppo e progresso delle operatività, con modalità aperte alla valutazione di chiunque ne abbia interesse;
- d) l'economicità intesa come perseguimento dell'equilibrio economico-finanziario teso alla valorizzazione e al miglior uso delle risorse, anche attraverso la determinazione dell'appropriatezza delle prestazioni.

TITOLO II

L'ORGANIZZAZIONE

Art. 9

*(Direttore sanitario
e Direttore amministrativo)*

1. Presso l'Assessorato alle politiche della

salute sono istituiti gli Albi regionali degli aspiranti alla nomina a Direttore amministrativo e Direttore sanitario delle Aziende sanitarie e degli IRCCS.

2. La Giunta regionale disciplina, con apposito atto, le modalità dei bandi per l'iscrizione agli Albi di cui al comma 1, di presentazione delle domande e i requisiti previsti, assicurando l'aggiornamento annuale degli Albi stessi.

3. I Direttori amministrativi e sanitari sono scelti dal Direttore generale fra gli iscritti agli Albi regionali di cui ai commi 1 e 2.

4. I provvedimenti di nomina sono pubblicati nel Bollettino ufficiale della Regione Puglia e nel sito internet della Giunta regionale, in apposita sezione dedicata all'Albo regionale.

Art. 10

(Incarico di Direttore di struttura complessa)

1. L'incarico di Direttore di struttura complessa sanitaria è conferito dal Direttore generale nel rispetto dell'articolo 15 del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni e del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484 (Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione aziendale e dei requisiti e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale sanitario del SSN), nonché nel rispetto dei criteri di seguito indicati:

- a) la selezione deve avvenire previo bando pubblicato nella Gazzetta ufficiale della Repubblica;
- b) il termine di presentazione delle domande non può essere inferiore a trenta giorni dalla data di pubblicazione;
- c) la Commissione costituita per la valutazione tecnica effettua una valutazione comparativa sulla base dei titoli, del curriculum e del colloquio e individua tre nominativi, fra gli idonei, che propone al Direttore generale per la nomina entro novanta giorni dal termine di scadenza per la presentazione delle domande;
- d) il Direttore generale è tenuto a motivare la nomina di cui alla lettera c);

e) il Direttore generale deve esaurire gli adempimenti di cui alla lettera precedente entro e non oltre quindici giorni dalla ricezione della terna degli idonei.

2. E' istituito l'Osservatorio regionale sugli incarichi di Direttore di struttura complessa. Con successivo atto la Giunta regionale nomina i componenti dell'Osservatorio tra personalità indipendenti di alto profilo morale e intellettuale e ne disciplina le funzioni.

Art. 11

(Collegio di direzione)

1. E' Istituito il Collegio di direzione in ciascuna Azienda sanitaria e IRCCS pubblico.

2. Il Collegio di direzione assicura le funzioni di cui all'articolo 17 del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni.

3. Il Collegio di direzione è composto, oltre che dai componenti di cui all'articolo 17 del d.lgs. 502/1992, dal responsabile dell'Unità operativa di statistica ed epidemiologia, dal responsabile aziendale degli Uffici per la qualità e per la formazione, attivati presso la Direzione sanitaria in funzione di staff alla Direzione generale, dai Dirigenti responsabili dei servizi infermieristici e ostetrici, tecnico-sanitari e veterinari, riabilitativi, della prevenzione nonché del servizio sociale di cui all'articolo 14. Fa parte del Collegio di direzione uno dei tre medici di medicina generale di cui al comma 16 dell'articolo 14.

4. I Collegi di direzione sono insediati entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. Il mancato adempimento costituisce grave inadempimento nella valutazione del Direttore generale ai fini della conferma o revoca dell'incarico.

Art. 12

(I Dipartimenti)

1. Ai sensi dell'articolo 17 bis del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni, ogni Azienda sanitaria e

IRCCS si dota del modello di organizzazione dipartimentale. La Giunta regionale, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, modifica il regolamento di cui alla deliberazione della Giunta regionale 23 dicembre 1998, n. 4268 (Istituto del Dipartimento ospedaliero – Linee guida ex articolo 62 della legge regionale 6 maggio 1998, n. 14. Approvazione. Costituzione struttura di progetto), con i seguenti obiettivi:

- a) definire le modalità e i criteri funzionali di aggregazione delle articolazioni interne dipartimentali (strutture complesse e semplici) e di proposta di nuovi assetti organizzativi (strutture semplici a valenza dipartimentale) del Dipartimento sulla base di percorsi diagnostico-terapeutici;
- b) definire la composizione del Comitato di dipartimento, prevedendo, oltre ai componenti obbligatori a norma dello stesso articolo, la partecipazione dei responsabili dipartimentali della qualità e della formazione, dei medici responsabili di struttura semplice a valenza dipartimentale, di uno o più rappresentanti dei dirigenti medici nonché dei dirigenti del Servizio infermieristico e ostetrico, del Servizio sociale e dei Servizi delle altre professioni sanitarie non mediche. Comunque la composizione deve garantire la presenza maggioritaria di dirigenti medici.

Art. 13

(Il Dipartimento di prevenzione)

1. Il Dipartimento di prevenzione (DP) è la struttura dell'AUSL preposta all'organizzazione e alla promozione nel territorio di competenza della tutela della salute della popolazione, attraverso azioni tendenti a conoscere, prevedere e prevenire gli infortuni e le cause di malattia, in particolare quelle maggiormente diffuse e diffusive, sia di origine umana che animale, in tutte le realtà in cui la salute della popolazione è sottoposta a rischio.

2. Sono finalità del DP, tra le altre:

- a) assicurare la qualità e l'efficienza degli interventi di prevenzione;

- b) assicurare l'omogeneità degli interventi di prevenzione;
- c) ottimizzare l'utilizzo delle risorse a disposizione;
- d) promuovere programmi di educazione alla sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro.

3. Il DP è organizzato in Direzione dipartimentale, costituita dal Direttore del dipartimento e dal Comitato di dipartimento, Servizi e Unità operative, distinte in Unità operative centrali, in posizione di staff rispetto alla Direzione di dipartimento o alla Direzione dei servizi e in Unità operative territoriali, di norma coincidenti con gli ambiti territoriali dei Distretti socio-sanitari.

4. Il Direttore del DP è nominato dal Direttore generale dell'AUSL, sentiti il Direttore sanitario e il Direttore amministrativo, scelto tra i Direttori di struttura complessa responsabili di servizio secondo quanto previsto dall'articolo 7 quater e dall'articolo 17 bis, comma 21, del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni.

5. Il Comitato di dipartimento è l'organo collegiale del DP, strumento di coordinamento e d'integrazione organizzativa del Dipartimento e di consultazione del Direttore del dipartimento. Il Comitato di dipartimento è costituito dal Direttore del dipartimento, che lo presiede, e dai Direttori dei servizi.

6. I Direttori dei servizi del DP sono dirigenti del ruolo sanitario che assumono l'incarico di Direttore di struttura complessa e svolgono, nell'ambito delle competenze istituzionali del Servizio diretto, le funzioni gestionale, tecnica e di supervisione.

7. Ciascuna delle Unità operative è diretta da un Dirigente del ruolo sanitario, nominato dal Direttore generale dell'AUSL su proposta del responsabile del Dipartimento e del responsabile del Servizio, che assume pertanto l'incarico di responsabile di struttura semplice.

8. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge la Giunta regionale

adotta apposito regolamento, previa concertazione con le parti interessate, nel rispetto dell'assetto organizzativo di cui al presente articolo, contenente:

- a) definizione dei compiti e delle funzioni della Consulta regionale dei Direttori dei DP;
- b) definizione e funzioni del Dipartimento e delle sue articolazioni;
- c) obiettivi e compiti del DP;
- d) metodologia operativa;
- e) definizione dei rapporti fra DP e Distretto;
- f) definizione dei rapporti tra DP, ARPA, Istituto Zooprofilattico sperimentale e ripartizione competenze;
- g) definizione dei rapporti tra DP e Organi istituzionali (Regioni - Provincia - Comune);
- h) definizione della dotazione organica;
- i) definizione delle funzioni del Direttore del DP.

9. E' istituita la Consulta regionale dei Direttori dei DP.

Art. 14

(Il Distretto e le cure primarie)

1. Il Distretto è articolazione organizzativo-funzionale dell'AUSL ed è sede di erogazione di tutta l'attività sanitaria e socio-sanitaria delle strutture territoriali, con l'obiettivo di garantire la presa in carico globale dell'utente per una risposta strutturata e complessiva ai bisogni di salute.

2. Il Distretto garantisce l'assistenza sul territorio in maniera diffusa, omogenea e uniforme, attraverso un elevato livello d'integrazione tra le diverse professionalità e tra i diversi servizi che erogano le prestazioni sanitarie e tra questi e i servizi socio-assistenziali in modo da consentire una risposta coordinata, continuativa e unitaria ai bisogni di salute della popolazione. In tale ottica il Distretto, quale articolazione territoriale, operativa e organizzativa dell'AUSL, costituisce centro di responsabilità e di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, nell'ambito degli indirizzi della direzione strategica dell'AUSL, coerente-

mente con la programmazione regionale e aziendale.

3. La Direzione generale dell'AUSL assegna il budget al Distretto, individuato quale centro di responsabilità, che a sua volta negozia il budget con le proprie articolazioni nonché, nelle forme e nei modi stabiliti dall'accordo integrativo regionale, con i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta.

4. La Regione promuove le forme associative di erogazione del servizio secondo modelli a complessità crescenti, in funzione delle esigenze e delle caratteristiche del territorio, coerentemente con quanto previsto dagli accordi collettivi nazionali di settore.

5. Nel Distretto sono assicurate le funzioni di seguito riportate:

- a) assistenza primaria comprendente assistenza socio-sanitaria di base, continuità assistenziale, assistenza di emergenza territoriale, assistenza infermieristica, assistenza domiciliare, ospedale di comunità;
- b) assistenza specialistica comprendente assistenza specialistica ambulatoriale, assistenza riabilitativa, assistenza protesica, assistenza termale nonché specialistico - riabilitativa neuropsichiatrica infantile;
- c) assistenza consultoriale;
- d) assistenza nelle strutture residenziali e semiresidenziali territoriali;
- e) assistenza psicologica;
- f) assistenza socio sanitaria.

6. L'individuazione e la qualificazione delle Unità operative è affidata ad apposito regolamento adottato dalla Giunta regionale.

7. Operano nei Distretti, integrandosi funzionalmente con la struttura di assistenza primaria, articolazioni della struttura complessa farmaceutica territoriale. Nel Distretto si integrano, altresì, a livello funzionale, le strutture del Dipartimento di salute mentale, delle dipendenze patologiche e del DP con particolare riferimento ai servizi alla persona. Sono svolte a livello distrettuale le attività di

riabilitazione rivolte alla disabilità fisica, psichica e neurosensoriale tramite articolazioni periferiche della struttura sovra distrettuale della riabilitazione. Nel Distretto è assicurata anche l'attività di medicina dello sport.

8. Presso ogni Distretto è istituita un'Unità operativa complessa per l'organizzazione di tutte le funzioni di assistenza primaria e intermedia e il coordinamento delle cure primarie.

9. La direzione della struttura di cui al comma 8 è affidata a un medico esperto in organizzazione dei servizi sanitari di base con almeno sette anni di attività nella disciplina e che abbia frequentato un corso di formazione specifica di durata semestrale organizzato dalla Regione. Il Direttore della struttura è componente dei Comitati consultivi aziendali previsti dai contratti di lavoro dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta. All'interno della struttura è prevista la presenza di un medico di medicina generale designato dai componenti medici di medicina generale membri di diritto degli Uffici di coordinamento distrettuale e di un pediatra di libera scelta.

10. La Regione, entro e non oltre il 30 giugno 2007, provvede alla nuova individuazione degli ambiti territoriali delle AUSL e dei Distretti socio-sanitari, previo parere da parte della Commissione regionale per l'integrazione socio-sanitaria di cui all'articolo 11 della l.r.19/2006, nel rispetto dei principi di economicità ed efficienza del sistema e in osservanza del comma 2 dell'articolo 1 della presente legge; alla stessa data si darà attuazione ai commi 8 e 9 del presente articolo. Nelle more dell'istituzione in ogni Distretto dell'Unità operativa complessa delle cure primarie e intermedie prevista dal comma 8, è istituita in ciascun Distretto socio-sanitario, in posizione di staff rispetto al Direttore del Distretto, la struttura semplice denominata "U.O. cure primarie", diretta da un dirigente medico, con compiti di raccordo operativo a livello distrettuale tra assistenza primaria e specialistica, assistenza consultoriale, assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale.

11. Il Direttore del Distretto è responsabile della funzionalità, dell'organizzazione e della gestione

delle attività di competenza distrettuale e dell'utilizzo delle risorse assegnate nell'ambito della programmazione regionale e aziendale. Per il conferimento degli incarichi di Direttore di Distretto si applica l'articolo 1 della legge regionale 7 febbraio 2006, n. 1 (Affidamento dell'incarico di direzione dei distretti socio-sanitari). Il Direttore del Distretto risponde direttamente alla direzione strategica aziendale ed è componente del Collegio di direzione. Al Direttore di Distretto, ai fini del raggiungimento degli obiettivi prefissati, spetta la gestione del budget, la direzione degli operatori assegnati dal Direttore generale, il monitoraggio dei livelli di assistenza relativi alla popolazione di riferimento, secondo le indicazioni della programmazione regionale, in raccordo con l'unità Controllo di gestione dell'Azienda.

12. La lettera c) del comma 1 dell'articolo 30 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), è soppressa.

13. Sono livelli organizzativi del Distretto:

- la Direzione del Distretto;
- la Direzione amministrativa del Distretto;
- la Direzione delle Cure primarie;
- l'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali;
- l'Ufficio per la programmazione e il monitoraggio in medicina generale.

14. Il Direttore di Distretto si avvale di:

- Ufficio di segreteria;
- operatori del servizio aziendale delle professioni tecnico-sanitarie, di diagnostica per immagini e di diagnostica chimico-clinica, delle professioni infermieristiche e ostetriche, delle professioni riabilitative e della prevenzione;
- Servizio sociale professionale, quale struttura per il raccordo operativo a livello distrettuale delle UO e dei Servizi sovradistrettuali in materia socio-sanitaria, funzionalmente collegata al Coordinatore socio-sanitario e diretta da un assistente sociale con laurea specialistica o a essa equiparata; questa struttura collabora con

il Coordinatore socio-sanitario per la programmazione distrettuale in materia socio-sanitaria, per l'elaborazione del PAT e del PSZ, per la progettazione di interventi socio-sanitari, per la promozione della cooperazione interistituzionale, per il monitoraggio e la valutazione delle attività promosse in ambito socio-sanitario;

- d) coordinamento socio-sanitario, a livello distrettuale, di tutte le attività a elevata integrazione socio-sanitaria, che rappresenta il Direttore di Distretto in sede di coordinamento istituzionale per l'attuazione degli interventi a elevata integrazione e assume le decisioni connesse sul piano organizzativo e finanziario.

15. Le funzioni amministrative proprie del Distretto nonché quelle delegate dalle Aree di livello aziendale sono espletate dalla struttura semplice Direzione amministrativa di Distretto, diretta da un dirigente amministrativo, nominato dal Direttore generale. A tale struttura compete, in particolare:

- a) l'assistenza amministrativa ai cittadini;
- b) la gestione economico-finanziaria, in raccordo con la struttura complessa Gestione delle risorse finanziarie, limitatamente al budget di Distretto;
- c) la gestione del magazzino economico e dei beni mobili, in raccordo con la struttura complessa Gestione del patrimonio;
- d) la gestione amministrativa del personale dipendente e convenzionato, in raccordo con la struttura complessa Gestione del personale;
- e) la gestione dei flussi informativi aziendali e regionali, ivi compresa l'anagrafe degli assistiti, e Centro unificato di prenotazione (CUP);
- f) le attività di controllo di gestione in raccordo con la struttura aziendale.

16. L'Ufficio per la programmazione e il monitoraggio delle attività in medicina generale è parte integrante della Direzione del Distretto e la sua composizione è disciplinata dall'accordo collettivo nazionale (ACN) di settore. Il medico di medicina

generale (MMG) membro di diritto è il responsabile dell'ufficio e referente distrettuale dell'organismo aziendale per il monitoraggio e per l'appropriatezza delle cure primarie. I compiti e le funzioni sono quelli definiti dall'ACN di settore e dagli accordi regionali.

17. Il Comitato dei sindaci è costituito dai Sindaci dei comuni costituenti l'ambito territoriale del Distretto e i Presidenti delle circoscrizioni laddove presenti. Il Comitato è presieduto da un Sindaco eletto a maggioranza assoluta. Alle sedute del Comitato partecipa il Direttore generale o un suo delegato e il Direttore di Distretto. Il Comitato svolge funzioni consultive e propositive sul PAT e sul livello di soddisfazione rispetto ai servizi erogati.

18. Il SSR promuove il potenziamento dell'assistenza medica e infermieristica, ivi compresa quella farmaceutica, a domicilio erogata nelle forme dell'assistenza domiciliare programmata, dell'assistenza domiciliare integrata, dell'assistenza domiciliare sanitaria. Per la realizzazione di tali obiettivi è istituito, a supporto della porta unica di accesso alle cure domiciliari, il Centro di coordinamento distrettuale per le cure domiciliari, regolamentato con apposito provvedimento di Giunta regionale, che fornisce linee guida per l'organizzazione della rete di assistenza domiciliare, in coerenza e nel rispetto delle competenze dei Comuni e del Distretto, e, in esso, del ruolo che gli accordi nazionali e integrativi attribuiscono ai medici di continuità assistenziale. Il regolamento, inoltre, prevede un coordinamento regionale finalizzato a organizzare anche 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.

19. Le modalità di partecipazione dei medici di medicina generale agli organismi previsti negli articoli della presente legge sono definite in seno al Comitato permanente regionale per la medicina generale ex articolo 24 dell'ACN di settore e dagli accordi regionali.

Art. 15

(Testo unico delle leggi sanitarie regionali)

1. La Giunta regionale, entro e non oltre diciotto mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, è tenuta a predisporre e approvare apposito disegno di legge avente per oggetto "Testo unico delle norme sanitarie della Regione Puglia"

Art. 16

*(Disposizioni in attuazione delle leggi
7 agosto 1990, n. 241
e 7 giugno 2000, n. 150)*

1. Ai sensi delle leggi 7 agosto 1990, n. 241 (Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi), e 7 giugno 2000, n. 150 (Disciplina delle attività di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni), i Direttori generali sono tenuti a trasmettere al portale della Regione Puglia tutte le deliberazioni per acquisizione di personale a tempo determinato e indeterminato, tutte le deliberazioni per le convenzioni sanitarie e non, tutte le deliberazioni delle gare d'appalto per acquisizione di beni e servizi.

2. I Direttori generali sono obbligati a trasmettere al portale della Regione Puglia di cui al comma 1 tutti i provvedimenti di assunzione in servizio di personale a tempo determinato e indeterminato, tutti i provvedimenti di aggiudicazione delle gare d'appalto per acquisizione di beni e servizi nonché tutti i provvedimenti che instaurano rapporti in regime di convenzione.

3. Le disposizioni di cui ai commi 1 e 2 sono estese agli atti riguardanti proroghe di ogni genere, sospensioni di procedimenti amministrativi e revoche di atti deliberativi adottati dai Direttori generali.

4. Il Settore comunicazione istituzionale della Presidenza della Giunta regionale è tenuto a inserire, in maniera ordinata, sul portale della Regione Puglia tutti i provvedimenti trasmessi secondo le disposizioni del presente articolo.

Art. 17

*(Prestazioni assistenziali in favore
della gestante, della partoriente e del neonato)*

1. La Giunta regionale con il Piano regionale di salute definisce le prestazioni assistenziali in favore della gestante, della partoriente e del neonato, tenendo presenti le seguenti priorità:

- a) adeguata assistenza preventiva per la salute preconcezionale;
- b) continuità assistenziale per tutta la durata della gravidanza, nel periodo della nascita e dopo la nascita, garantendo l'integrazione tra territorio e strutture ospedaliere;
- c) controllo del dolore nel travaglio-parto, anche mediante ricorso a tecniche avanzate di anestesia locale e di tipo epidurale, allattamento materno precoce e rooming-in, anche nel quadro di una maggiore umanizzazione dell'evento nascita;
- d) dimissione precoce, protetta e appropriata della partoriente e del neonato nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata;
- e) attivazione di centri territoriali e specialistici di riferimento per l'assistenza multidisciplinare integrata, anche al fine del pronto riconoscimento del nato con malformazioni, malattie genetiche o menomazioni;
- f) organizzazione dell'offerta sul territorio attraverso le Unità territoriali di assistenza primaria e, come punti di riferimento per le patologie complesse, dei Centri regionali per l'assistenza al bambino;
- g) attivazione del trasporto del neonato in emergenza, nell'ambito della rete emergenza-urgenza di cui al numero unico "118" e fermo restando quanto fissato dal provvedimento che definisce i livelli essenziali di assistenza sanitaria ai sensi dell'articolo 1 del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni e dell'articolo 6 del decreto legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405 (Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria).

Art. 18*(Norma finanziaria)*

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.

Art. 19*(Norma finale)*

1. Sono abrogate le norme regionali in contrasto con la presente legge.

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 3 agosto 2006

VENDOLA

