

# **Leggi Regione Abruzzo di interesse sanitario**

**(aggiornamento al 28 marzo 2021)**

## Sommario

### Abruzzo

**Legge regionale 2 aprile 1985, n. 20**

Norme di salvaguardia dei diritti dell'utente dei servizi delle Unità Locali Socio-Sanitarie.

**Legge regionale 1° luglio 1987, n. 37**

Istituzione, organizzazione e funzionamento dei Presidi multizonali di igiene e prevenzione.

**Legge regionale 7 dicembre 1995, n. 136**

Norme per l'accesso alle strutture sanitarie da parte dei cittadini della Regione Abruzzo.

**Legge regionale 31 luglio 2007, n. 32**

Norme regionali in materia di autorizzazione, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private.

**Legge regionale 23 giugno 2016, n. 17**

Istituzione e regolamentazione del "Codice Rosa" all'interno dei pronti soccorsi abruzzesi.

**Legge regionale 27 dicembre 2016, n. 43**

Norme per il riconoscimento ed il sostegno del caregiver familiare (persona che presta volontariamente cura e assistenza).

**Legge regionale 23 giugno 2020, n. 15**

Medicina dello sport e tutela sanitaria delle attività sportive e motorie.

**Legge regionale 5 agosto 2020, n. 21**

Conferimento alle Aziende Sanitarie Locali di funzioni amministrative in materia di organizzazione del servizio farmaceutico ed in materia di indennizzi a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati di cui alla legge 25 febbraio 1992, n. 210 nonché a causa di vaccinazioni antipoliomelittiche di cui all'articolo 3 della legge 14 ottobre 1999, n. 362.

**Legge regionale 7 dicembre 2020, n. 37**

Interventi per la prevenzione e il trattamento delle dipendenze patologiche ed altre disposizioni.

# Abruzzo

**Legge regionale 2 aprile 1985, n. 20** – Norme di salvaguardia dei diritti dell'utente dei servizi delle Unità Locali Socio-Sanitarie.

## Art. 1

Le Unità Locali Socio-Sanitarie operano nel rispetto dei principi fissati dall'art. 32 della Costituzione, per il soddisfacimento dei diritti individuali e degli interessi della collettività inerenti alla tutela della salute fisica e psichica, sanciti dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive integrazioni e modificazioni.

L'attività degli amministratori e degli operatori delle Unità Locali Socio-Sanitarie è obiettivamente finalizzata ad assicurare prestazioni adeguate ai bisogni dell'utente dell'Unità Locale Socio-Sanitaria, anche attraverso la partecipazione dei cittadini.

## Art. 2

Agli effetti del trattamento sanitario e assistenziale nell'ambito dei servizi e dei Presidi delle Unità Locali Socio-Sanitarie, gli operatori devono tenere comportamenti che non inducano in stato di soggezione l'utente, rispettando, altresì, le sue convinzioni religiose, filosofiche e politiche secondo i principi della pari dignità umana.

Analogamente a quanto dispongono le norme contenute negli articoli 19 e 25 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, gli operatori sono tenuti al rispetto della volontà del cittadino di ricorrere a luoghi di diagnosi e cura, sia ambulatoriali che di ricovero, nei limiti effettivi della organizzazione dei servizi sanitari e conformemente alle vigenti disposizioni.

## Art. 3

I servizi delle Unità Locali Socio-Sanitarie erogano agli utenti prestazioni compatibili con i modelli organizzativi e funzionali fissati dalle leggi nazionali e regionali, perseguendo la migliore utilizzazione delle risorse a disposizione e costantemente verificando la corrispondenza della struttura a tipo e grado delle infermità accertate.

È compito principale degli organi di gestione delle Unità Locali Socio-Sanitarie rimuovere ostacoli di carattere organizzativo, tecnico ed amministrativo che non permettano o ritardino la regolare erogazione delle prestazioni.

Al fine di promuovere migliori interventi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione nel complesso dei servizi di cui alla legge regionale n. 10/1980, gli operatori delle Unità Locali Socio-Sanitarie, anche su istanza degli utenti, inoltrano, in forma congiunta o individuale, all'ufficio di direzione, motivati rilievi e proposte in merito all'erogazione delle prestazioni e al grado di efficienza delle attrezzature.

L'Ufficio di direzione, nel rispetto delle competenze dei singoli servizi delle Unità Locali Socio-Sanitarie, esprime ai competenti organi di gestione il proprio parere in ordine ai criteri e alle proposte di cui al precedente comma.

## Art. 4

La Giunta regionale, nell'ambito del piano per l'edilizia sanitaria, su richiesta degli organi di gestione della Unità Locale Socio-Sanitaria, propone al Consiglio regionale interventi per opere di costruzione o ristrutturazione di locali da destinare a biblioteche o sale di soggiorno, affinché i malati possano continuare i propri rapporti familiari e sociali durante la degenza, nonché coltivare i propri interessi culturali.

L'Ufficio di direzione dell'Unità Locale Socio-Sanitaria predispone un programma articolato per consentire il realizzarsi nei Presidi di una degenza personalizzata attraverso spazi riservati al ricoverato.

## Art. 5

Gli utenti hanno diritto ad ottenere informazioni essenziali riguardanti l'organizzazione dei servizi, i compiti e le attribuzioni di amministratori ed operatori. A tal fine il Comitato di gestione delle Unità Locali Socio-Sanitarie è impegnato a rendere manifesti con opportuni mezzi di informazione i dati di conoscenza necessari.

L'utente deve essere posto in condizioni di identificare, in base ad elementi obiettivi, il profilo professionale e la posizione funzionale degli operatori e quindi di conoscere il nome dei medici direttamente responsabili del coordinamento e l'espletamento della diagnosi e delle cure.

Il ricoverato ha diritto di chiedere loro un'informazione completa riguardante la diagnosi, anche provvisoria e la prognosi in termini per lui facilmente comprensibili.

Qualora il sanitario ravvisi l'inopportunità di un'informazione diretta, i dati di cui al precedente comma sono messi a disposizione dei familiari.

Nei rispettivi reparti sono stabiliti i giorni e le ore durante i quali gli operatori forniscono informazioni sullo stato di salute del degente, salvo parere contrario dello stesso.

Le dichiarazioni dell'utente all'operatore nonché le indagini e i trattamenti cui egli è sottoposto hanno carattere riservato.

#### Art. 6

Fatti salvi i casi in cui la legge dispone diversamente, nessun intervento chirurgico, terapia tradizionale o sperimentale, né alcun intervento assistenziale sono praticati contro la volontà dell'interessato, che, salvo i casi di urgente necessità, è messo in condizione di rendersi conto di quanto gli viene proposto.

Il paziente ha diritto di chiedere all'operatore e di ottenere informazioni chiare ed esaurienti prima di qualsiasi indagine o trattamento, soprattutto per quanto concerne i disagi, i rischi, la durata.

Il paziente ha diritto di essere informato su indagini o trattamenti alternativi, anche se eseguiti altrove.

Qualora l'utente rifiuti il consenso ad un intervento ritenuto indispensabile, il medico richiede il rilascio di una dichiarazione liberatoria da parte dell'interessato o dei suoi familiari o di chi lo rappresenta.

Il malato ha diritto di dettare brevi informazioni, da inserire per iscritto in apposita sezione della cartella clinica, su eventuali incompatibilità con la terapia in atto e su quant'altro egli crede opportuno per informare ufficialmente i sanitari delle sue condizioni e allo scopo di rendere possibile, in caso di errori diagnostici o terapeutici, l'accertamento di eventuali responsabilità.

Allorché il malato è parzialmente incapace, di diritto e di fatto, di far valere i diritti di cui ai commi precedenti, gli stessi sono esercitati dalla persona che lo rappresenta per legge.

#### Art. 7

I servizi delle Unità Locali Socio-Sanitarie sono organizzati in modo da assistere, finché possibile, gli utenti nel proprio ambiente di vita, evitando istituzionalizzazioni non necessarie nei Presidi residenziali.

#### Art. 8

L'utente ha diritto di essere informato con anticipo ogni volta che, per motivi organizzativi, anche di carattere contingente, nel Presidio in cui è ospitato non si può provvedere in tempi ragionevoli alle sue necessità di assistenza, diagnosi e cura. Il trasferimento in altro Presidio può avvenire solo nell'interesse dell'utente o per un più vasto interesse generale, quando le condizioni dell'interessato lo consentano e, salvo i casi di urgenza, quando egli ha ricevuto tutte le informazioni sulla necessità di un simile provvedimento e sulle alternative ad esso.

Se la degenza in ospedale si prolunga senza apparenti giustificazioni, il malato ha diritto di conoscere il motivo in modo esauriente.

#### Art. 9

Il medico operante nei vari Presidi e il medico di fiducia del paziente si consultano per una maggiore conoscenza degli elementi utili alla diagnosi e alla cura.

Al momento delle dimissioni dall'ospedale sono forniti per iscritto al medico di fiducia tutti i dati utili a garantire una continuità di trattamento.

#### Art. 10

Il malato utente dei Presidi residenziali ha diritto al rispetto del pudore del suo corpo e alla protezione della sua vita privata.

#### Art. 11

In tutti i Presidi delle Unità Locali Socio-Sanitarie gli utenti con ridotta autonomia sono messi in grado di svolgere adeguatamente le proprie funzioni vitali e la propria vita di relazione.

#### Art. 12

L'Ufficio di direzione ed i coordinatori di settore predispongono piani per rendere quanto più compatibili le esigenze organizzative con gli orari e i modi della vita civile dell'utente senza costituire intralcio all'attività sanitaria.

Per il fine di cui al precedente comma il Comitato di gestione dell'Unità Locale Socio-Sanitaria adotta appositi provvedimenti in conformità di quanto disposto dal quarto comma dell'art. 32 del decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 20 dicembre 1979.

#### Art. 13

Durante la degenza in ospedale il paziente ha diritto di mantenere i suoi rapporti familiari e sociali negli orari fissati per ogni reparto, compatibilmente con le strutture esistenti e con le esigenze terapeutiche ed organizzative.

Il personale che ha assistito la donna durante la gravidanza partecipa alla assistenza in tutte le fasi del parto che si svolge nelle strutture pubbliche o convenzionate.

#### Art. 14

Secondo modalità stabilite dal Comitato di gestione dell'Unità Locale Socio-Sanitaria, i pazienti possono riunirsi all'interno dell'ospedale, anche con la presenza dei familiari, per discutere i problemi che riguardano la condizione di ricoverati e promuovere iniziative in merito, eventualmente anche con la presenza delle associazioni aventi per finalità statutaria la tutela dei diritti degli utenti del Servizio Sanitario.



**Legge regionale 1° luglio 1987, n. 37** – Istituzione, organizzazione e funzionamento dei Presidi multizonali di igiene e prevenzione (*Articoli estratti*).

**Art. 1**  
(*Finalità*)

La presente legge disciplina, con riferimento all'art. 22 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 e nell'ambito del Piano Sanitario Regionale, l'istituzione, l'organizzazione ed il funzionamento dei Presidi multizonali di igiene e prevenzione (PMIP) e stabilisce le modalità con cui deve attuarsi il coordinamento degli stessi con i servizi delle ULS.

**Art. 2**  
(*Istituzione e gestione dei Presidi multizonali di igiene e prevenzione*)

I Presidi multizonali di igiene e prevenzione sono istituiti presso le ULS dei quattro capoluoghi di Provincia ed il bacino di utenza abbraccia l'intero territorio della Provincia di competenza.

Agli adempimenti necessari per la loro attivazione, organizzazione e gestione secondo le norme della presente legge, provvedono i Comitati di gestione delle ULS ove i Presidi medesimi hanno sede, con l'obbligo per le medesime di uno specifico conto di gestione, ai sensi dell'art. 18, secondo comma, lettera c), della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

**Art. 3**  
(*Compiti dei PMIP*)

I PMIP costituiscono una struttura specialistica polifunzionale, dotata di propria autonomia tecnico-funzionale.

I Presidi multizonali di prevenzione esercitano le proprie attività autonomamente e su richiesta delle ULS dell'ambito territoriale di ciascun Presidio quali strutture di supporto dei servizi delle ULS medesime, con particolare riferimento ai servizi di prevenzione ed igiene ambientale, medicina legale e del lavoro e veterinaria, secondo le modalità di cui all'art. 4 della presente legge.

I Presidi multizonali di prevenzione, in collegamento con le ULS interessate, svolgono funzioni di controllo e di tutela dell'igiene ambientale, di verifica delle condizioni di igiene e sicurezza nei luoghi di vita e di lavoro e di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali in relazione ad attività che, o presentino caratteristiche tecniche e specialistiche particolari o che, per le finalità specifiche perseguite, sono prevalentemente rivolte a territori la cui estensione includa più di una ULS.

Indagini specialistiche di interesse regionale sono eseguite dai Presidi multizonali di prevenzione secondo indicazioni e modalità contenute nei piani sanitari regionali e nelle forme previste dall'art. 4 della presente legge.

I PMIP svolgono, in maniera autonoma ed in collaborazione con gli istituti superiori, attività di ricerca finalizzata e di ricerca epidemiologica, nell'ambito dei compiti ad essa demandati dalla presente legge, con particolare riferimento alla patologia infettiva, all'igiene degli alimenti, all'igiene ambientale ed alla tutela della salute nei luoghi di vita e di lavoro. I PMIP assicurano la propria consulenza alle ULS ed alla Regione nelle indagini e nelle rilevazioni campionarie sulla popolazione per la valutazione dello stato di salute e per la ricerca degli indicatori biologici di rischio.

Essi attivano sistemi per la raccolta, classificazione ed elaborazione dei dati tecnico-analitici rilevati nella popolazione e nell'ambiente, operando in coordinamento con i servizi delle ULS e in stretto contatto con i sistemi informativi regionali e locali. La Regione può avvalersi dei PMIP per l'esercizio dell'attività istruttoria e tecnica nelle materie di propria competenza.

I PMIP svolgono, altresì, indagini su richiesta dei privati o di altri enti pubblici, nell'ambito delle procedure previste e compatibilmente con le esigenze connesse allo svolgimento delle attività di istituto, risultanti dai piani di lavoro di cui al successivo art. 4.

Gli oneri relativi alle prestazioni di cui al precedente comma sono a carico dei richiedenti negli importi stabiliti dal tariffario vigente.

**Art. 4**  
(*Programmazione degli interventi*)

L'attività dei Presidi multizonali di igiene e prevenzione è svolta sulla base dei piani generali di lavoro predisposti annualmente dal Comitato tecnico di cui al successivo art. 13 ed approvati dal Comitato di gestione della ULS in cui il Presidio stesso è collocato, sentiti i comitati di gestione delle ULS interessate.

I piani di lavoro, che devono contenere le priorità e le indicazioni operative necessarie al perseguimento degli obiettivi stabiliti dal Piano Sanitario Regionale per le materie rientranti nelle previsioni della presente legge, vanno trasmessi alla Giunta regionale, la quale, sentita la competente Commissione consiliare, può formulare osservazioni in ordine alla «sua» conformità agli obiettivi della programmazione regionale.

I Presidi multizonali di igiene e prevenzione esplicano la propria attività in stretta collaborazione con l'Istituto superiore di sanità, con l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro, con il CNEN, con l'Istituto zooprofilattico sperimentale per l'Abruzzo e il Molise e con gli Istituti universitari o di ricerca.

#### **Art. 5**

*(Articolazione operativa dei Presidi multizonali di igiene e prevenzione)*

I PMIP sono articolati nei seguenti settori:

- a) Settore chimico-ambientale;
- b) Settore fisico-ambientale;
- c) Settore bio-tossicologico;
- d) Settore impiantistico-antinfornistico;
- e) Settore amministrativo;
- f) Settore veterinario.

I singoli settori di attività costituiscono strutture di supporto tecnico-specialistico dei servizi delle ULS nell'ambito delle specifiche competenze di ciascuno.

La Giunta regionale promuove intese tra le ULS per assicurare stabili forme di collaborazione e costanti scambi di informazioni fra il personale in esse operante, il quale in tali ipotesi può prestare parte del suo servizio nell'ambito dei Presidi e servizi di Unità Sanitarie Locali diverse da quella di appartenenza.

Gli interventi nelle materie elencate nei successivi artt. 6, 7, 8 e 9 concernono le competenze della Regione o delle Unità Locali Socio-Sanitarie entro i limiti consentiti dalle riserve statali di cui all'art. 6 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

#### **Art. 6**

*(Compiti del Settore chimico-ambientale)*

Il Settore chimico-ambientale svolge specifiche funzioni operative e di supporto tecnico per l'esercizio delle attività di prevenzione e controllo ed in particolare quelle relative a:

- a) inquinamento atmosferico, inquinamento idrico, acque superficiali dolci, marine e sotterranee, smaltimento dei rifiuti;
- b) acque di balneazione;
- c) acque potabili ed impianti di potabilizzazione;
- d) acque da tavola e minerali;
- e) alimenti, bevande e altri prodotti comunque destinati all'alimentazione in via diretta o mediata, prodotti dietetici e alimenti per la prima infanzia;
- f) farmaci, cosmetici, stupefacenti e sostanze ad azione psicotropa;
- g) tossicologia ambientale, inquinamento degli ambienti di lavoro;
- h) antidoping nella tutela sanitaria dell'attività sportiva;
- i) imballaggi, utensili, oggetti e recipienti destinati a venire in contatto con le sostanze alimentari e con sostanze di uso personale.

Il Settore chimico-ambientale svolge altresì compiti di supporto ai servizi delle ULS per le attività istruttorie e di controllo connesse all'esercizio delle funzioni di cui all'art. 101 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616.

#### **Art. 7**

*(Compiti del Settore fisico-ambientale)*

Il Settore fisico-ambientale svolge specifiche funzioni operative e di supporto tecnico per l'esercizio delle attività di prevenzione e controllo relative in particolare all'inquinamento acustico, alle vibrazioni, al microclima ed alle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti.

#### **Art. 8**

*(Compiti del Settore bio-tossicologico)*

Il Settore bio-tossicologico svolge specifiche funzioni operative e di supporto tecnico per l'esercizio delle attività di prevenzione e di controllo, in conformità alle leggi e disposizioni vigenti, relative a:

- a) inquinamento atmosferico, inquinamento idrico, acque superficiali dolci, marine e sotterranee, smaltimento dei rifiuti;
- b) acque di balneazione;
- c) acque potabili ed impianti di potabilizzazione;
- d) acque da tavola e minerali;
- e) alimenti, bevande ed altri prodotti comunque destinati all'alimentazione in via diretta o mediata, prodotti dietetici o alimenti per la prima infanzia;
- f) cosmetici e prodotti d'uso personale e industriale;

- g) farmaci, psicofarmaci, tossici e sostanze d'abuso nei liquidi biologici;
- h) rilevamento dello stato di qualità dell'aria, dell'acqua, del suolo mediante indicatori biologici;
- i) tossicologia ambientale, inquinamento degli ambienti di vita e di lavoro;
- l) accertamenti diagnostici di malattie infettive, parassitarie e micetiche;
- m) accertamenti sierologici;
- n) rilevamenti epidemiologici di popolazione.

Le attività di analisi connesse alla funzione diagnostica non espressamente previste dal presente articolo, sono esercitate dalle ULS mediante i propri laboratori di analisi cliniche e microbiologiche.

#### **Art. 9**

*(Compiti del Settore impiantistico-antinfortunistico)*

Il Settore impiantistico-antinfortunistico svolge compiti di supporto tecnico per l'esercizio delle funzioni in materia di sicurezza, sulla base della normativa vigente, e in particolare:

- a) attività di ispezione e di vigilanza, successive al collaudo di cui al decreto ministeriale 4 febbraio 1984 (pubblicato nella G.U. n. 40 del 9 febbraio 1984);
- b) controllo sull'applicazione delle norme di sicurezza relative all'esercizio, al trasporto e alla sorveglianza degli apparecchi e degli impianti a pressione di vapore e di gas;
- c) verifiche periodiche degli impianti e dei dispositivi di protezione contro le scariche atmosferiche degli impianti di messa a terra e delle installazioni elettriche nei luoghi ove esistono pericoli di esplosioni e di incendio, ai sensi dell'art. 1 del decreto del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale 12 settembre 1959 e successive modificazioni e integrazioni;
- d) verifiche periodiche ad apparecchi di impianti di sollevamento per persone e per materiali, nonché ad idroestrattori a forma centrifuga ai sensi dell'art. 5 del decreto del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale 12 settembre 1959 e successive modificazioni ed integrazioni;
- e) attività di prevenzione infortuni, igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro, secondo le norme previste dall'art. 20 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

#### **Art. 10**

*(Compiti del Settore veterinario)*

Il Settore veterinario svolge attività di profilassi e polizia veterinaria ex art. 14 lettera p) legge n. 833/1978 nonché le attività di cui all'art. 14 legge regionale 14 agosto 1981, n. 33 e in particolare:

- a) la profilassi antirabbica, la profilassi dell'idatidosi, la disinfezione, disinfestazione e derattizzazione;
- b) la collaborazione all'attuazione della profilassi vaccinale antirabbica ove prevista dalla normativa vigente, che sarà eseguita dalla ULS;
- c) la programmazione ed attuazione di ogni forma di lotta contro il randagismo dei cani;
- d) la programmazione, organizzazione ed esecuzione di campagne di profilassi contro la idatidosi;
- e) la disinfezione, disinfestazione e derattizzazione dei ricoveri animali, dei pascoli e degli impianti soggetti a vigilanza veterinaria;
- f) recupero di carcasse di animali da distruggere o da destinare ad uso diverso da quello alimentare umano;
- g) abbattimento, nei casi previsti come obbligatori, di animali ed il recupero e distruzione delle relative carcasse;
- h) censimento, monitoraggio e controllo delle volpi nonché di altre specie selvatiche e sinantropiche; ai fini della profilassi delle malattie trasmissibili all'uomo.

#### **Art. 11**

*(Compiti del Settore amministrativo)*

Il Settore amministrativo svolge in particolare i seguenti compiti:

- a) segreteria del responsabile del Presidio, del Comitato tecnico e dei responsabili dei settori;
- b) protocollo in arrivo e in partenza;
- c) ricezione, registrazione, conservazione dei campioni e connesse attività amministrative;
- d) copia dattilografica, fotocopie, ciclostilatura ecc.;
- e) economato e magazzino;
- f) biblioteca;
- g) gestione automezzi;
- h) rilevazioni statistiche ed elaborazione dati;
- i) diffusioni delle informazioni sui problemi e sulle soluzioni consolidate;
- l) produzione di materiale e servizi per la formazione del personale e l'informazione del settore.



## **Art. 12**

*(Gruppi di lavoro interdisciplinari)*

L'organizzazione del lavoro all'interno dei Presidi di igiene e prevenzione si ispira al principio dell'interdisciplinarietà degli interventi. A tal fine e per garantire il coordinato esercizio da parte dei Presidi multizonali dei compiti ad essi attribuiti dalla presente legge, possono essere formati gruppi di lavoro permanenti a carattere interdisciplinare tra il personale appartenente ai settori di attività in cui i Presidi medesimi sono articolati.

I gruppi di lavoro, di cui al comma precedente, riguardano le seguenti materie:

- a) l'inquinamento dell'aria;
- b) l'inquinamento dell'acqua e del suolo;
- c) l'igiene degli alimenti e delle bevande;
- d) l'igiene e la sicurezza del lavoro.

Possono essere altresì formati gruppi di lavoro finalizzati al raggiungimento di obiettivi specifici o alla soluzione di problemi particolari.

All'attivazione ed alla composizione dei gruppi provvede il Comitato di gestione dell'ULS dove ha sede il Presidio multizonale di igiene e prevenzione, sentito il Comitato tecnico di cui al successivo art. 13.

## **Art. 13**

*(Comitato tecnico del Presidio multizonale di igiene e prevenzione)*

È istituito presso ogni Presidio multizonale di igiene e prevenzione un Comitato tecnico con funzioni consultive.

Il Comitato è presieduto dal responsabile del Presidio multizonale o, in caso di sua assenza o impedimento, dal responsabile di settore con maggiore anzianità di servizio. È composto dai responsabili dei settori di attività in cui il Presidio è articolato; dai responsabili dei servizi di prevenzione e igiene ambientale, di medicina legale e del lavoro, di veterinaria delle ULS dell'ambito territoriale del Presidio multizonale di igiene e prevenzione.

È convocato dal Presidente almeno ogni tre mesi, è altresì convocato ogni qualvolta ne faccia richiesta un terzo dei suoi rappresentanti.

Il regolamento delle ULS ove hanno sede i Presidi multizonali di igiene e prevenzione disciplina le modalità di funzionamento del Comitato tecnico consultivo.

L'attività del Comitato tecnico è finalizzata al coordinamento, all'interdisciplinarietà ed alla standardizzazione degli interventi effettuati dal Presidio, ed al collegamento tecnico con i servizi delle ULS comprese nell'ambito territoriale dei Presidi medesimi.

Il Comitato tecnico, sulla base di un programma di attività da predisporre entro il mese di dicembre dell'anno precedente a quello di riferimento, formula proposte al Comitato di gestione in ordine:

- a) all'organico dei settori ed alle sue modifiche;
- b) agli acquisti delle apparecchiature e degli strumenti di dotazione dei presidi;
- c) agli abbonamenti alle riviste scientifiche nazionali ed estere di interesse dei settori;
- d) all'attività formativa ed informativa degli operatori;
- e) alle modalità per l'attuazione delle forme di collaborazione con gli enti e gli istituti indicati nell'art. 4, ultimo comma, della legge;
- f) ai piani di lavoro annuali o periodici.

Il Comitato tecnico, inoltre, indirizza il lavoro amministrativo.

## **Art. 14**

*(Dotazione organica)*

La dotazione organica di ciascun Presidio multizonale di igiene e prevenzione, nonché l'adeguamento degli organici del personale delle ULS preposto alla vigilanza e al controllo di cui all'art. 14, terzo comma, lettera o) e p) della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono determinati, previo confronto con le organizzazioni sindacali più rappresentative, con provvedimenti del Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale, da adottarsi entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

I relativi posti sono assegnati, prioritariamente e su specifica richiesta, al personale di ruolo in servizio presso le Unità Locali Socio-Sanitarie alla data di entrata in vigore della presente legge, con compiti corrispondenti a quelli da svolgere negli istituendo Presidi multizonali, purché in possesso dei requisiti prescritti.

## **Art. 15**

*(Responsabilità dei Settori e dei Presidi multizonali di igiene e prevenzione)*

Ad ogni settore di attività è preposto un responsabile avente il seguente titolo di studio:

- a) Settore chimico-ambientale: laurea in chimica o chimica industriale;

- b) Settore fisico-ambientale: laurea in fisica;
- c) Settore bio-tossicologico: laurea in medicina e chirurgia o in scienze biologiche;
- d) Settore impiantistico-antinfortunistico: laurea in ingegneria;
- e) Settore amministrativo: il responsabile appartenente al ruolo amministrativo deve ricoprire almeno la posizione funzionale di Direttore amministrativo;
- f) Settore veterinario: laurea in medicina veterinaria.

Il responsabile appartenente al ruolo sanitario deve ricoprire almeno la posizione funzionale di coadiutore.

Il responsabile preposto al Servizio multizonale di prevenzione è uno dei responsabili di settore che ricopre la posizione funzionale apicale nei ruoli di rispettiva competenza.

Alla nomina dei responsabili dei Presidi multizonali provvede il Comitato di gestione dell'ULS sede del Presidio, ai sensi dell'art. 163 del decreto ministeriale 30 gennaio 1982, pubblicato nel supplemento ordinario dalla G.U. n. 51 del 22 febbraio 1982.

In mancanza di personale in possesso della posizione funzionale apicale, l'incarico di responsabile del Presidio multizonale è conferito al responsabile di settore con maggiore anzianità di servizio.

L'incarico ha durata quinquennale ed è rinnovabile.

I responsabili dei Presidi multizonali di igiene e prevenzione fanno parte, in qualità di componenti, dell'ufficio di direzione delle ULS ove hanno sede i Presidi medesimi.

I responsabili dei presidi:

- a) danno esecuzione ai programmi ed ai piani di lavoro predisposti dal Comitato tecnico di cui al precedente art. 13;
- b) coordinano l'attività dei singoli settori al fine di assicurare l'unitarietà e l'interdisciplinarietà degli interventi;
- c) hanno la responsabilità tecnico-organizzativa del Presidio.

Nell'ambito dell'esercizio delle loro funzioni i responsabili di settore:

- a) svolgono le attività e le prestazioni inerenti alla loro competenza professionale, nonché attività di studio e di ricerca nell'ambito delle competenze attribuite al proprio settore;
- b) definiscono l'organizzazione e la distribuzione del lavoro, stabilendone le procedure in rapporto all'organizzazione generale del Presidio, al fine di assicurare l'adempimento dei compiti affidati al proprio settore;
- c) redigono una relazione annuale sull'attività di specifica competenza;
- d) rispondono dei risultati e degli effetti dell'attività del proprio settore al responsabile del Presidio.

#### **Art. 16**

*(Utilizzazione di beni, attrezzature e personale dei laboratori provinciali di igiene e profilassi)*

A decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono soppressi i laboratori provinciali di igiene e profilassi. Il personale, le attrezzature e i beni appartenenti ai soppressi laboratori sono assegnati ai rispettivi Presidi multizonali di igiene e prevenzione.

#### **Art. 17**

*(Attività ispettive di controllo)*

Su proposta del Presidente della Giunta regionale, il Prefetto nomina gli operatori dei Presidi multizonali di igiene e prevenzione, che assumono ai sensi delle leggi vigenti, in relazione all'esercizio delle funzioni di competenza di ciascun settore, la qualifica di ufficiale di Polizia giudiziaria. Al suddetto personale sono altresì attribuiti i poteri di accesso e di diffida previsti dall'art. 21, quarto comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

#### **Art. 18**

*(Aggiornamento professionale)*

I Comitati di gestione delle ULS dove sono ubicati i Presidi multizonali di igiene e prevenzione, sentiti i Comitati tecnici di cui al precedente art. 13, formulano annualmente proposta alla Regione per la predisposizione, in collaborazione con le università e gli istituti di ricerca, di programmi di aggiornamento del personale dei PMIP, ai sensi dell'articolo 46 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761.

All'aggiornamento del personale previsto dal precedente comma partecipa il personale dei servizi di prevenzione e igiene ambientale e di medicina legale e del lavoro.

**Legge regionale 7 dicembre 1995, n. 136** – Norme per l'accesso alle strutture sanitarie da parte dei cittadini della Regione Abruzzo.

#### Art. 1

Allo scopo di disciplinare e rendere agevole l'accesso alle strutture del SSN si istituisce, in ogni Presidio Sanitario della Regione che eroga prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione, un ufficio per l'offerta delle prestazioni sanitarie (OPS).

#### Art. 2

All'interno dell'OPS dovrà essere attivato, così come previsto dalla legge regionale n. 72/1994, un centro unico di prenotazione (C.U.P.) ed uno sportello per le informazioni sulla carta dei servizi della USL e le relazioni con il pubblico. La presenza dell'OPS nella struttura sarà resa evidente da opportuna segnaletica.

#### Art. 3

Gli OPS avranno il compito di fornire informazioni, anche telefoniche, ai medici e pediatri di base, oltre che agli altri operatori sanitari e non sanitari della propria USL e di altre USL, allo scopo di pubblicizzare capillarmente i servizi resi. Gli OPS avranno anche il compito di monitorare il sistema di indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie relativamente alla personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza, al diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, di cui all'art. 14, comma 1 del decreto legislativo n. 502/1992 (1).

(1) Comma aggiunto dall'art. 1 della legge regionale n. 63/1996.

#### Art. 4

Il personale da destinare agli OPS sarà reperito dai Direttori generali delle USL, in conseguenza della ristrutturazione degli organici delle USL, così come previsto dal decreto legislativo n. 502/1992 e dalla legge regionale n. 72/1994.

#### Art. 5

In base alla grandezza ed al bacino di utenza del Presidio, l'organico dell'OPS è composto almeno da: un sociologo e/o un medico, con responsabilità gestionale dell'ufficio, n. 1 assistente sociale, n. 2 amministrativi, dei quali uno addetto al C.U.P. ed uno all'ufficio relazioni con il pubblico, nel caso di strutture di dimensioni contenute (1).

(1) Articolo così sostituito dall'art. 2 della legge regionale n. 63/1996.

#### Art. 6

Il suddetto personale dovrà essere accuratamente selezionato ed istruito, e dovrà essere dotato, oltre che di specifica preparazione sulle norme che regolano l'accesso di servizi sanitari, anche di particolare predisposizione al rapporto con il pubblico.

#### Art. 7

Il responsabile gestionale dell'OPS risponde e dipende dal responsabile del Distretto Sanitario di base, con il quale si identifica, nel caso di unico OPS nell'ambito del Distretto, se trattasi di struttura distrettuale. Nel caso di struttura ospedaliera il responsabile dipende dal Direttore sanitario dell'ospedale.

#### Art. 8

È costituita all'interno di ogni USL della Regione la Consulta degli OPS, della quale fanno parte i responsabili gestionali degli uffici, i Direttori sanitari degli ospedali della USL, un medico specialista ambulatoriale della USL, un medico di medicina generale ed un pediatra di base della USL, designati dalle organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative.

#### Art. 9

La Consulta si riunisce trimestralmente e redige una relazione sul funzionamento dell'OPS, rilevando eventuali disfunzioni ed evidenziando il trend qualitativo e quantitativo dei servizi resi nell'ambito delle diverse strutture governate dagli OPS. Inoltre la consulta propone soluzioni per un migliore funzionamento dei servizi, attraverso l'invio al Direttore sanitario ed al Direttore generale della relazione medesima.

Art. 10

I Direttori sanitari delle USL della Regione provvederanno ad inviare all'Assessorato alla sanità, Ufficio servizi sanitari di base, una relazione semestrale sul funzionamento degli OPS che evidenzia la possibilità ed i tempi di accesso dei cittadini di servizi sanitari della USL di cui all'art. 1 della presente legge.

Titolo I  
Generalità

Art. 1  
(Principi guida e definizioni)

1. La Regione Abruzzo garantisce ai propri cittadini la disponibilità di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie efficaci e sicure ed il miglioramento continuo della qualità delle strutture sanitarie e socio-sanitarie in un contesto di sviluppo programmato, sostenibile e socialmente adeguato del sistema sanitario regionale attraverso gli istituti dell'autorizzazione alla realizzazione ed all'esercizio dell'attività sanitaria e socio-sanitaria, dell'accreditamento istituzionale e degli accordi contrattuali.
2. L'autorizzazione alla realizzazione è il provvedimento che consente la costruzione di nuove strutture sanitarie pubbliche e private ovvero l'adattamento, la diversa utilizzazione, l'ampliamento, la trasformazione nonché il trasferimento in altra sede di strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private.
3. L'autorizzazione all'esercizio è il provvedimento che consente alle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private già realizzate di svolgere attività sanitarie e socio-sanitarie.
4. L'accreditamento istituzionale ai sensi dell'articolo 8-quater 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 sue successive modificazioni è il provvedimento che consente alle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private, già autorizzate all'esercizio, di diventare potenziali erogatrici di prestazioni in nome e per conto del Servizio Sanitario Nazionale (1).
5. L'accordo contrattuale ai sensi dell'articolo 8-quinquies del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni è il rapporto instaurato tra la struttura accreditata, la ASL di appartenenza e la Regione Abruzzo per l'erogazione delle prestazioni sanitarie comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza secondo le necessità della programmazione sanitaria e di bilancio (2).
6. Per struttura sanitaria e socio-sanitaria si intende la struttura fisica e organizzativa che eroga attività finalizzate alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione sanitarie e socio-sanitarie nel rispetto di quanto stabilito dagli atti della programmazione sanitaria regionale ovvero piano sanitario, piani stralcio, atto del fabbisogno:
  - a) per Presidio si intende la struttura fisica dove si erogano le prestazioni;
  - b) per studio medico, odontoiatrico o di altre professioni sanitarie si intende la struttura in cui un professionista sanitario regolarmente abilitato o iscritto all'ordine o all'albo di competenza esercita la propria attività professionale, in forma singola o associata;
  - c) per ambulatorio si intende la struttura, con individualità autonoma, aperta al pubblico in giorni ed orari vincolati, la cui gestione amministrativa è distinta dall'attività professionale ivi esercitata. L'ambulatorio opera in regime di impresa e può essere gestito in forma individuale, associata o societaria, avvalendosi esclusivamente di professionisti sanitari abilitati o iscritti ai relativi ordini o albi;
  - d) per poliambulatorio si intende la struttura sanitaria ambulatoriale caratterizzata dalla presenza di più discipline specialistiche (3).

(1) Comma così sostituito dall'art. 1, comma 1, della legge regionale 2 maggio 2016, n. 12.

(2) Comma così sostituito dall'art. 1, comma 2, della legge regionale n. 12/2016.

(3) Comma così sostituito dall'art. 1, comma 3, della legge regionale n. 12/2016.

Titolo II  
Autorizzazione

Art. 2  
(Tipologia di strutture soggette ad autorizzazione) (1)

1. Sono assoggettate ad autorizzazione:
  - a) le strutture sanitarie e socio-sanitarie che erogano assistenza specialistica in regime ambulatoriale:
    - 1) di specialistica medica;
    - 2) di specialistica chirurgica;
    - 3) di odontoiatria e specialistica odontoiatrica;
    - 4) di medicina di laboratorio;
    - 5) di radiologia medica e diagnostica per immagini;
    - 6) di riabilitazione (stabilimenti di fisiochinesi terapia);
    - 7) di recupero e rieducazione funzionale (ex articolo 26 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 - Istituzione del Servizio Sanitario Regionale) erogate anche in forma extramurale e domiciliare;
    - 8) di dialisi;
    - 9) di terapia iperbarica;
    - 10) delle professioni sanitarie;

- 11) di psicologia diagnostica, psicologia clinica e psicoterapia;
- 12) i consultori familiari;
- 13) i centri di salute mentale;
- 14) le strutture per il trattamento delle tossicodipendenze;
- 15) poliambulatori;

b) i poliambulatori e i Presidi di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e diurno per acuti e postacuti;

c) le strutture sanitarie e socio-sanitarie che erogano le seguenti attività assistenziali in regime residenziale o semiresidenziale:

1) attività riabilitativa extraospedaliera per portatori di disabilità sensoriali, fisiche e psichiche;

2) attività di tutela della salute mentale, ad esclusione delle strutture destinate all'accoglienza di persone con problematiche psicosociali che necessitano di assistenza continua e risultano prive del necessario supporto familiare, o per le quali la permanenza nel nucleo familiare sia temporaneamente o definitivamente impossibile o contrastante con il progetto individuale;

3) attività di tutela di soggetti affetti da dipendenze patologiche;

4) attività di assistenza di soggetti, non esclusivamente anziani, in esiti di patologie fisiche, psichico-sensoriali o miste, non autosufficienti e non assistibili a domicilio, ai sensi dell'articolo 3, comma 1 del decreto del Presidente del Consiglio 14 febbraio 2001;

5) attività di cure palliative rivolte ai malati terminali ovvero "hospice";

d) i complessi e gli stabilimenti termali;

e) gli studi medici, con esclusione degli studi dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta che rispondono a requisiti stabiliti dai vigenti accordi collettivi nazionali, gli studi odontoiatrici, fisioterapici e delle altre professioni sanitarie di cui all'articolo 8-ter, comma 2, del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni, attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale o di terapia fisica, le strutture dedicate esclusivamente ad attività diagnostiche svolte anche a favore di terzi, nonché gli studi attrezzati per erogare procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità e/o comunque invasive o che comportino un rischio per la sicurezza dei pazienti. Si intendono come tali le prestazioni e le procedure che producano una soluzione di continuità cutaneo-mucosa, le terapie iniettive e le biopsie e agoaspirati.

e-bis) Strutture per l'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie cui afferiscono le funzioni di coordinamento e di gestione dei percorsi assistenziali a domicilio per le persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità (2).

2. I professionisti non soggetti ad autorizzazione che svolgono autonomamente la propria attività professionale in regime fiscale di persona fisica e che non risultano titolari di contratti con il SSN comunicano al Comune e al Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL) territorialmente competenti l'inizio e la cessazione dell'attività nei termini e secondo le modalità stabiliti dalla Giunta regionale. Oltre alla dichiarazione di inizio di attività, i professionisti documentano e si impegnano a mantenere il possesso dei requisiti minimi specifici previsti dal Manuale di Autorizzazione.

3. I logopedisti che svolgono autonomamente la propria attività professionale in regime fiscale di persona fisica devono essere iscritti in un apposito elenco regionale e possono esercitare solo attraverso prescrizione medica rilasciata da un medico specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione, Foniatria, Neurologia o Neuropsichiatria. Gli stessi potranno essere sottoposti a controlli ispettivi alla stessa stregua delle strutture in possesso di autorizzazione all'esercizio.

4. La Giunta regionale definisce i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi delle strutture di cui all'articolo 8-ter del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni che erogano prestazioni socio-sanitarie."

(1) Articolo così sostituito dall'art. 2, comma 1, della legge regionale 2 maggio 2016, n. 12.

(2) Lettera aggiunta dall'art. 2, comma 1, della legge regionale 23 luglio 2018, n. 19.

### Art. 3

#### (Autorizzazione alla realizzazione)

1. La realizzazione, l'ampliamento, la trasformazione e il trasferimento in altro Comune di strutture sanitarie e socio-sanitarie possono essere autorizzati previa verifica della compatibilità con quanto previsto dagli strumenti della programmazione sanitaria regionale: Piano Sanitario Regionale, piani stralcio, atto di fabbisogno. Il parere di compatibilità programmatica regionale, atto obbligatorio e vincolante, costituisce il presupposto per il rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione delle strutture ed ha validità di un anno solare (1).

2. Le strutture avviate ed in fase di realizzazione che hanno già ottenuto, con la normativa in essere, il parere di accoglibilità dalla Regione sono esentate dal presentare le domande di autorizzazione alla realizzazione.

3. Gli studi odontoiatrici e delle professioni sanitarie non sono contemplati tra le strutture da disciplinare con l'atto del fabbisogno.

4. Le domande per l'autorizzazione alla realizzazione, ampliamento, trasformazione o trasferimento della struttura sanitaria o socio-sanitaria sono inoltrate dai rappresentanti legali di parte pubblica o privata al Comune territorialmente competente, congiuntamente alla richiesta di permesso di costruire.

5. Il Comune, entro quindici giorni dalla presentazione della domanda, ne trasmette copia alla Regione e al Dipartimento di Prevenzione della ASL territorialmente competente. Nello stesso termine, nomina il responsabile del procedimento. L'istruttoria della domanda di autorizzazione si conclude entro novanta giorni dalla relativa presentazione previa acquisizione:

a) del parere di compatibilità con gli atti di programmazione sanitaria regionale di cui al comma 1;

b) del parere di congruità del progetto ai requisiti minimi strutturali, tecnologici impiantistici ed organizzativi contemplati nel vigente Manuale di Autorizzazione;

c) del parere di congruità del progetto alla pianificazione urbanistica ed edilizia del territorio. Il parere di compatibilità di cui alla lettera a) è rilasciato dal competente Dipartimento della Giunta regionale entro e non oltre sessanta giorni dall'acquisizione della domanda trasmessa dal Comune.

Il parere di congruità di cui alla lettera b) è rilasciato dal Dipartimento di Prevenzione della ASL territorialmente competente entro e non oltre sessanta giorni dall'acquisizione della domanda trasmessa dal Comune.

Il parere di congruità di cui alla lettera c) è rilasciato dai competenti uffici comunali entro e non oltre sessanta giorni. Il Comune, nei quindici giorni successivi dal termine dell'istruttoria, ricorrendone i presupposti, rilascia l'autorizzazione, unitamente al permesso di costruire, e ne trasmette copia al Dipartimento di Prevenzione della ASL e al competente Dipartimento della Giunta regionale (2).

6. Il procedimento di cui al comma 5 trova applicazione anche in presenza di varianti in corso d'opera comportanti, a parere del Dipartimento di Prevenzione della ASL territorialmente competente, modifiche sostanziali dei parametri di riferimento indicati nei pareri di cui al comma 5. Le varianti non comportanti modifiche sostanziali dei parametri di riferimento indicati nei pareri di cui al comma 5 sono autorizzate previo parere confermativo dal Dipartimento di Prevenzione della ASL territorialmente competente (3).

(1) Periodo aggiunto dall'art. 3, comma 1, della legge regionale 2 maggio 2016, n. 12.

(2) Comma così sostituito dall'art. 3, comma 2, della legge regionale n. 12/2016.

(3) Comma così sostituito dall'art. 3, comma 3, della legge regionale n. 12/2016.

#### **Art. 4**

*(Autorizzazione all'esercizio) (1)*

1. Le strutture autorizzate ai sensi dell'articolo 3 per procedere all'avvio delle attività presentano al Comune territorialmente competente domanda di autorizzazione all'esercizio. Il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio è subordinato alla verifica del possesso dei requisiti minimi strutturali, tecnologici, organizzativi e di dotazione del personale definiti dal vigente Manuale di Autorizzazione, verificati dal Dipartimento di Prevenzione della ASL territorialmente competente. La domanda indica la tipologia delle attività sanitarie di cui è richiesto l'esercizio. Entro quindici giorni dalla presentazione della domanda di autorizzazione, il Comune ne trasmette copia al Dipartimento di Prevenzione della ASL territorialmente competente.

2. Il Comune adotta il provvedimento di autorizzazione all'esercizio entro e non oltre dieci giorni dalla ricezione del parere, se positivo, di cui al comma 1, e ne trasmette copia al Dipartimento di Prevenzione della ASL territorialmente competente e alla Regione, che cura l'aggiornamento dell'elenco delle strutture autorizzate anche nell'ambito degli adempimenti di cui all'articolo 6, comma 6, della presente legge.

3. Il provvedimento di autorizzazione all'esercizio indica:

a) i dati anagrafici del soggetto se il richiedente è una persona fisica;

b) la sede e la denominazione sociale se il richiedente è un ente di diritto pubblico;

c) la sede e la ragione sociale se il richiedente è una società;

d) la tipologia delle attività sanitarie o socio-sanitarie autorizzate di cui all'articolo 2 della presente legge, con specifica indicazione delle discipline specialistiche nel caso di ambulatori o poliambulatori di specialistica medica e/o chirurgica e Presidi di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e diurno per acuti e postacuti;

e) la capacità ricettiva autorizzata, espressa in termini di numero di posti letto per le strutture di ricovero o di tipo residenziale o semiresidenziale, distinta per discipline specialistiche;

f) le eventuali prescrizioni condizionanti l'applicazione, anche con riguardo alle esigenze in materia urbanistica ed edilizia;

g) i dati anagrafici ed i titoli del Direttore sanitario di cui all'articolo 5-bis.

4. La struttura comunica tempestivamente al Comune e al Dipartimento di prevenzione della ASL territorialmente competenti ed alla Regione:

a) la sostituzione, temporanea o definitiva, del Direttore sanitario di cui all'articolo 5-bis;

b) la cessazione dell'attività;

c) la sospensione dell'attività per un periodo superiore a sessanta giorni."

(1) Articolo così sostituito dall'art. 4, comma 1, della legge regionale 2 maggio 2016, n. 12.

#### **Art. 5**

*(Attività di vigilanza sul possesso dei requisiti minimi autorizzativi e sistema sanzionatorio) (1)*

1. Il legale rappresentante della struttura autorizzata ai sensi dell'articolo 4, con cadenza triennale, presenta al Comune territorialmente competente una autodichiarazione, in conformità alla normativa vigente, attestante il mantenimento del possesso dei requisiti minimi autorizzativi definiti dal Manuale di Autorizzazione.

2. Il Comune trasmette la dichiarazione di cui al comma 1 al competente Dipartimento della Giunta regionale ed al Dipartimento di Prevenzione della ASL territorialmente competente, che dispone le attività di vigilanza e controllo sul possesso dei requisiti minimi autorizzativi.

3. Il Dipartimento regionale competente, in qualsiasi momento, mediante attività ispettive del Dipartimento di Prevenzione della ASL territorialmente competente, verifica il possesso dei requisiti minimi autorizzativi.
4. Il Dipartimento di Prevenzione, entro trenta giorni, comunica l'esito delle verifiche effettuate al Comune, alla Regione nell'ipotesi di cui al comma 3, ed alla struttura interessata.
5. In caso di accertamento di incongruità o di mancanza di uno o più requisiti minimi autorizzativi, ovvero di violazione delle prescrizioni di cui all'articolo 4, comma 3, lettera f), il Comune assegna alla struttura un termine non superiore a dieci giorni per la presentazione di eventuali giustificazioni, diffidandola ad eliminare le incongruità riscontrate, ovvero a procedere al ripristino delle prescrizioni di cui all'articolo 4, comma 3, lettera f) entro un lasso di tempo determinato nell'atto di diffida e che non può comunque superare i novanta giorni. Il Comune valuta le giustificazioni entro quindici giorni dalla presentazione. Nei casi di non validità o di mancata presentazione delle giustificazioni e comunque decorso inutilmente il termine della diffida, il Comune sospende, anche per parte delle attività, l'autorizzazione all'esercizio della struttura.
6. Il Comune adotta un provvedimento di revoca dell'autorizzazione all'esercizio in caso di mancato ripristino nei successivi novanta giorni dalla notifica del provvedimento di sospensione di cui al comma 5.
7. In ogni caso l'autorizzazione di cui all'articolo 4 è revocata in presenza di tre provvedimenti di sospensione adottati ai sensi del comma 5 nei due anni successivi dal primo provvedimento di sospensione.
8. In presenza di carenze comportanti grave pregiudizio per la salute e l'incolumità delle persone, accertate dal Dipartimento di prevenzione della ASL territorialmente competente, il Comune ordina l'immediata sospensione, anche parziale, dell'attività.
9. Il Comune dispone, con efficacia immediata, la chiusura della struttura in mancanza dei titoli autorizzativi prescritti dalla presente legge. Trovano inoltre applicazione le vigenti norme penali e le sanzioni amministrative di cui all'articolo 5-quater, comma 1.

(1) Articolo così sostituito dall'art. 5, comma 1, della legge regionale 2 maggio 2016, n. 12.

#### **Art. 5-bis**

*(Direzione sanitaria delle strutture sanitarie e socio-sanitarie) (1)*

1. Ogni struttura deve essere dotata di un Direttore sanitario.
2. Nelle Case di Cura il Direttore sanitario è un medico specializzato in igiene e medicina preventiva o discipline equipollenti.
3. Nelle Case di Cura con un numero di posti letto superiore a centocinquanta l'incarico di Direttore sanitario è conferito al medico che, oltre ai requisiti di cui al comma 2, ha svolto, per almeno cinque anni anche non continuativi funzioni di direzione sanitaria in strutture pubbliche o private. Al Direttore sanitario è vietata ogni funzione di diagnosi e cura.
4. La funzione di Direttore sanitario di Casa di Cura è incompatibile con la qualità di proprietario, comproprietario, socio o azionista della società titolare o gerente.
5. È vietato svolgere le funzioni di Direttore sanitario in più Case di Cura private. È vietato svolgere le funzioni di Direttore sanitario in più strutture residenziali afferenti a diversi erogatori. È vietato svolgere le funzioni di Direttore sanitario in più di tre strutture residenziali, e, comunque fino ad un tetto massimo di 200 posti letto. È vietato svolgere le funzioni di Direttore sanitario in più di tre strutture ambulatoriali o poliambulatoriali private.
6. Il titolare o gestore della struttura e il Direttore sanitario verificano l'esistenza di incompatibilità relative al personale operante a qualsiasi titolo nella struttura e ne assumono la responsabilità ai sensi della normativa vigente.

(1) Articolo inserito dall'art. 6, comma 1, della legge regionale 2 maggio 2016, n. 12.

#### **Art. 5-ter**

*(Requisiti soggettivi, cessazione dell'autorizzazione all'esercizio e cause di decadenza) (1)*

1. Non può essere autorizzata la struttura il cui titolare:
  - a) sia stato condannato, con sentenza definitiva, per i delitti previsti dagli articoli 416-bis e 416-ter del codice penale o per delitto di associazione di cui all'articolo 74 del T.U. n. 309/1990 per un delitto di cui all'articolo 73 del citato T.U., o per un delitto concernente la fabbricazione, l'importazione, l'esportazione, la vendita o la cessione, l'uso o il trasporto di armi, munizioni o materie esplodenti, o per il delitto di favoreggiamento personale o reale commesso in relazione ai predetti reati;
  - b) sia stato condannato, con sentenza definitiva, per i delitti previsti dagli articoli 314, 316, 316-bis, 316-ter, 317, 318, 319, 319-ter, 320, 356, 640 comma II, 640-bis del codice penale;
  - c) sia destinatario, con provvedimento definitivo, di misure di prevenzione, ai sensi del d.lgs. 6 settembre 2011, n. 159 (Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione) e della legge 31 maggio 1965, n. 575 (Disposizioni contro le organizzazioni criminali di tipo mafioso, anche straniera).
2. Nei casi in cui il titolare di una struttura sia una persona giuridica, i requisiti di cui al comma 1 sono riferiti al legale rappresentante e/o agli amministratori muniti di potere di rappresentanza.
3. I Comuni adottano il provvedimento di voltura dell'autorizzazione all'esercizio di cui all'articolo 4 in caso di cessione a qualsiasi titolo dell'attività autorizzata o di fusione societaria. Il provvedimento di voltura è rilasciato su richiesta congiunta della struttura cedente e della struttura cessionaria previa verifica del possesso in capo alla cessionaria dei requisiti



soggettivi di cui al comma 1 del presente articolo. Ai fini del provvedimento di voltura, si applicano le procedure di verifica dei requisiti autorizzativi di cui all'articolo 5, ad esclusione del caso in cui sia prevista la continuità di tutti i soggetti già indicati nell'autorizzazione e vi sia l'assenza di una cessione della struttura a terzi; in tal caso alla richiesta di voltura al Comune dell'autorizzazione rilasciata ai sensi dell'articolo 4 va allegata esclusivamente una dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, resa ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445 (Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentali in materia di documentazione amministrativa), dal rappresentante legale del cessionario attestante la permanenza di tutti i requisiti minimi soggettivi, strutturali, tecnologici, impiantistici contemplati nel Manuale di Autorizzazione che hanno determinato il rilascio dell'autorizzazione oggetto di richiesta di voltura.

4. Il Comune trasmette alla Regione copia dei provvedimenti adottati ai sensi del comma 3 (2).

5. Al decesso della persona fisica titolare della struttura autorizzata gli eredi hanno la facoltà di continuare l'esercizio dell'attività per un periodo non superiore ad un anno; per l'ulteriore prosecuzione della gestione, gli eredi presentano domanda di voltura ai sensi del comma 3.

6. In caso di cessione della struttura si applica il procedimento di cui al comma 3.

7. La struttura decade dall'autorizzazione all'esercizio nei seguenti casi:

- a) rinuncia all'autorizzazione;
- b) estinzione della società di gestione;
- c) mancanza, originaria o sopravvenuta, dei requisiti soggettivi di cui al comma 1;
- d) mancato avvio dell'esercizio entro sei mesi dalla data di rilascio del titolo autorizzativo.

(1) Articolo inserito dall'art. 7, comma 1, della legge regionale 2 maggio 2016, n. 12.

(2) Comma così modificato dall'art. 21, comma 1, della legge regionale 9 luglio 2020, n. 16.

#### **Art. 5-quater**

*(Sistema sanzionatorio) (1)*

1. Al titolare della struttura che viola le disposizioni recate dalla presente legge, oltre alle responsabilità di natura civile e penale, si applicano le sanzioni amministrative di seguito indicate:

- a) da euro 10 mila a euro 100 mila per l'esercizio di un'attività sanitaria non autorizzata;
- b) da euro 5 mila a euro 50 mila per l'erogazione di prestazioni sanitarie non oggetto di autorizzazione;
- c) da euro 500 a euro 5 mila nei casi di mancanza di uno o più requisiti minimi previsti dal vigente Manuale di Autorizzazione, con l'eccezione dei requisiti oggetto di adeguamento ai sensi dell'articolo 11, comma 2, per la durata dell'adeguamento;
- d) da euro 100 a euro mille per omissione e/o incompletezza nella comunicazione delle informazioni dovute.

2. Il procedimento per l'irrogazione delle sanzioni amministrative previste dalla presente legge è disciplinato dalla legge regionale 19 luglio 1984, n. 47 (Norme per l'applicazione delle sanzioni amministrative in materia sanitaria).

3. Alle contestazioni di cui al comma 1, lettere a) e b) consegue la segnalazione agli Ordini ed Albi professionali di appartenenza dei professionisti o Direttori sanitari della struttura.”.

(1) Articolo inserito dall'art. 8, comma 1, della legge regionale 2 maggio 2016, n. 12.

### **Titolo III**

#### **Accreditamento istituzionale e accordi contrattuali**

#### **Art. 6**

*(Accreditamento istituzionale)*

1. I soggetti pubblici e privati autorizzati all'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie presentano domanda di accreditamento istituzionale ai sensi dell'articolo 8-quater del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni, nei termini e alle condizioni previste dal bando regionale predisposto e pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo (BURA). Il rilascio dell'accREDITAMENTO istituzionale da parte della Giunta regionale è subordinato alla valutazione di compatibilità con le esigenze della programmazione ed al rispetto di ulteriori requisiti orientati al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, definiti nel Manuale di AccREDITAMENTO (1).

1-bis. Il rilascio dell'accREDITAMENTO istituzionale alle strutture sanitarie autorizzate che ne facciano richiesta, la cui verifica della funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale, ai sensi dell'articolo 8-quater del decreto legislativo n. 502/1992, si ritiene assunta all'esito di processi di riconversione della rete assistenziale o a seguito dell'approvazione di specifici piani operativi regionali dettati da norme nazionali, non è subordinato al bando regionale di cui al comma 1 del presente articolo, fatte salve le alte disposizioni della presente legge (2).

2. Entro trenta giorni dalla entrata in vigore della presente legge, sentita la Commissione consiliare competente in materia, con deliberazione di Giunta regionale sono adottati:

- a) la costituzione dell'Organismo regionale per l'AccREDITAMENTO;
- b) la procedura di accREDITAMENTO istituzionale.

3. Entro novanta giorni dalla entrata in vigore della presente legge, sentita la Commissione consiliare competente in materia, con deliberazione di Giunta regionale sono emanati:

a) il modello di richiesta di accreditamento istituzionale definitivo indicante le documentazioni da allegarsi e le necessarie auto-certificazioni;

b) il Manuale di Accreditamento che prevede un'articolazione per gradi di qualità progressivamente crescenti a partire da un livello essenziale in funzione dei requisiti posseduti dalle strutture sanitarie e socio-sanitarie.

4. L'accREDITamento ha durata quinquennale ed è rinnovabile su richiesta del rappresentante legale presentata al competente Dipartimento della Giunta regionale almeno sei mesi prima della scadenza del quinquennio. La richiesta è corredata di autocertificazione attestante il mantenimento del possesso dei requisiti di accreditamento e del provvedimento comunale di autorizzazione all'esercizio in corso di validità. Il Servizio del Dipartimento della Salute della Giunta regionale istituzionalmente preposto all'attività ispettiva verifica il mantenimento dei requisiti autocertificati nei termini e secondo le modalità di cui all'articolo 7. L'accREDITamento istituzionale viene rinnovato dalla Giunta regionale per ulteriori cinque anni alle medesime condizioni tenuto conto dell'esito favorevole delle verifiche trasmesso da parte del Servizio suddetto. In caso di esito negativo della suddetta verifica, la Giunta dispone il diniego del rinnovo dell'autorizzazione (3).

5. Le strutture già accreditate che intendano valorizzare il conseguimento di requisiti di qualità organizzativa o assistenziale tali da consentire l'accesso ad una classe più elevata di accreditamento istituzionale prevista nel relativo Manuale hanno facoltà di inoltrare un'istanza specifica di modifica della classe di accreditamento cui farà seguito una procedura identica a quella prevista in fase di riconoscimento ed attribuzione (4).

6. La Direzione Sanità, per assolvere ad una funzione di informazione e comunicazione ai cittadini, redige e aggiorna annualmente l'albo regionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie accreditate comprensivo del livello di accreditamento e della specifica tipologia di prestazioni erogabili e lo pubblica sul Bollettino Ufficiale Regione Abruzzo, sul portale sanità della Regione Abruzzo e sul sito istituzionale della ASL territorialmente competente (5).

6-bis. La Giunta regionale adotta il provvedimento di voltura dell'accREDITamento in caso di cessione a qualsiasi titolo dell'attività accreditata o di fusione societaria. Il provvedimento di voltura è rilasciato su richiesta congiunta della struttura cedente e della struttura cessionaria previa verifica del possesso in capo alla cessionaria dei requisiti soggettivi di cui all'articolo 5-ter, comma 1 e dei requisiti autorizzativi secondo le procedure di cui all'articolo 5, nonché dei requisiti di accreditamento secondo le procedure di cui all'articolo 7. Ai fini del provvedimento di voltura, la struttura cessionaria dichiara di impegnarsi al mantenimento dei requisiti di autorizzazione e di accreditamento di cui al vigente Manuale. Al decesso della persona fisica titolare della struttura accreditata gli eredi hanno la facoltà di continuare l'esercizio dell'attività per un periodo non superiore ad un anno; per l'ulteriore prosecuzione della gestione, gli eredi presentano domanda di voltura (6).

(1) Comma così sostituito dall'art. 9, comma 1, della legge regionale 2 maggio 2016, n. 12.

(2) Comma aggiunto dall'art. 9, comma 1, della legge regionale 6 novembre 2020, n. 31.

(3) Comma così sostituito dall'art. 9, comma 2, della legge regionale n. 12/2016.

(4) Comma così sostituito dall'art. 9, comma 3, della legge regionale n. 12/2016.

(5) Comma così modificato dall'art. 9, comma 4, della legge regionale n. 12/2016.

(6) Comma aggiunto dall'art. 9, comma 5, della legge regionale n. 12/2016.

## Art. 7

*(Attività di vigilanza sul possesso dei requisiti*

*di accREDITamento istituzionale) (1)*

1. Il Dipartimento della salute, per il tramite del Servizio istituzionalmente preposto all'attività ispettiva, può disporre in ogni momento le attività ispettive per la verifica del possesso dei requisiti di accREDITamento.

2. Entro quindici giorni dalla conclusione delle verifiche di cui al comma 1, il Dipartimento regionale competente ne comunica gli esiti alla struttura e, in caso di accertata carenza di uno o più requisiti di cui al vigente Manuale di AccREDITamento, concede dieci giorni per la presentazione di giustificazioni, diffidando la struttura ad eliminare le carenze accertate entro e non oltre un lasso di tempo che andrà determinato nell'atto di diffida e che non può comunque superare i novanta giorni. La Direzione competente della Giunta regionale valuta le giustificazioni nei successivi quindici giorni dalla presentazione.

In caso di mancanza o non validità delle giustificazioni presentate, e comunque decorso inutilmente il termine della diffida, la Giunta regionale dispone:

a) la revoca dell'accREDITamento nel caso di carenza dei requisiti di primo livello di cui alla lettera A del vigente Manuale di AccREDITamento;

b) il declassamento del livello di accREDITamento e la modifica degli accordi contrattuali in corso, in caso di carenza dei requisiti relativi agli ulteriori livelli di accREDITamento.

3. Il procedimento di cui al comma 2 trova applicazione in caso di mancata richiesta del rinnovo di cui al comma 4 dell'articolo 6. In tal caso, si applica la sanzione di cui alla lettera a) dello stesso comma.

4. La revoca dell'accreditamento istituzionale è disposta anche nei seguenti casi:

a) revoca dell'autorizzazione all'esercizio di cui all'articolo 5;

b) decadenza dell'autorizzazione all'esercizio di cui all'articolo 5-ter;

c) erogazione per due annualità, nel periodo di validità dell'accordo contrattuale, di prestazioni – delle quali è comunque vietata la remunerazione – eccedenti nella misura massima del 5 per cento il programma preventivamente concordato e sottoscritto nell'accordo stesso;

d) inadempimento grave degli obblighi contrattuali, così come individuati nell'accordo contrattuale.

5. La revoca dell'accreditamento determina la risoluzione automatica degli accordi contrattuali in corso.

6. In caso di mancata sottoscrizione dell'accordo contrattuale è disposta la sospensione dell'accreditamento.

7. La sospensione dell'autorizzazione all'esercizio, disposta ai sensi dell'articolo 5, comporta la contestuale adozione del provvedimento di sospensione dell'accreditamento.

8. La sospensione dell'accreditamento comporta la contestuale sospensione dell'accordo contrattuale. Le strutture nei cui confronti operi la sospensione non possono erogare prestazioni per conto del Servizio Sanitario, ad eccezione:

a) di quelle relative ai pazienti già ricoverati nelle strutture residenziali, che sono trasferiti ad altra struttura pubblica o privata secondo un programma predisposto dalla ASL territorialmente competente, di durata non superiore a sessanta giorni;

b) di quelle relative ai pazienti già ricoverati nelle strutture di ricovero per acuti, fino alla loro dimissione.

9. Eventuali attività rese in violazione di tale divieto non possono essere oggetto di remunerazione a carico del Servizio Sanitario e comportano la revoca dell'accreditamento.

(1) Articolo così sostituito dall'art. 10, comma 1, della legge regionale 2 maggio 2016, n. 12.

#### **Art. 7-bis**

*(Inadempimento agli obblighi retributivi e contributivi) (1)*

1. Ai soggetti privati accreditati, ai sensi dell'art. 6, e alle strutture di cui all'art. 12, comma 1, lettera a) della presente legge, nei cui confronti la Direzione Sanità regionale accerti secondo il procedimento di cui ai commi 2 e 3 dell'articolo 7, nell'ambito di prestazioni rese per conto del Servizio Sanitario Nazionale, una situazione di irregolarità nell'adempimento agli obblighi retributivi e contributivi nei confronti del personale dipendente riferita almeno a tre mensilità consecutive, l'accreditamento istituzionale o quello predefinitivo sono automaticamente sospesi dalla Giunta regionale. La sospensione opera sino all'eventuale regolarizzazione dei predetti obblighi. In caso di sospensione, si applicano le disposizioni di cui all'articolo 7, comma 7 (2).

2. Qualora la struttura non provveda alla regolarizzazione, entro sei mesi dall'accertamento delle irregolarità, l'accreditamento è automaticamente revocato (3).

3. *(Omissis)* (4).

(1) Articolo aggiunto dall'art. 2 della legge regionale 20 novembre 2009, n. 27.

(2) Comma così modificato dall'art. 11, comma 1, della legge regionale 2 maggio 2016, n. 12.

(3) Comma così sostituito dall'art. 11, comma 2, della legge regionale n. 12/2016.

(4) Comma soppresso dall'art. 11, comma 3, della legge regionale n. 12/2016.

#### **Art. 8**

*(Accordi contrattuali)*

1. Entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge la Giunta regionale, sentita la Commissione consiliare competente in materia, definisce l'ambito di applicazione degli accordi contrattuali e le linee-guida sulla stesura degli stessi in base a quanto previsto dai commi 1 e 2 dell'articolo 8-quinquies del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni (1).

2. La deliberazione di Giunta regionale:

- a) individua le responsabilità riservate alla Regione e di quelle attribuite alle Aziende Sanitarie Locali nella definizione degli accordi e nella verifica del loro rispetto, anche in riferimento alle attività di verifica e controllo (2);
- b) dà indirizzi per la formulazione dei programmi di attività da potenziare e depotenziare in ossequio a quanto previsto dagli strumenti della programmazione sanitaria regionale e nel rispetto delle priorità indicate dal Piano Sanitario Nazionale;
- c) determina il piano di attività relative ad alte specialità e rete dei servizi di emergenza.
3. In attuazione di quanto previsto dal comma 2 il competente Dipartimento della Giunta regionale e le Aziende Sanitarie Locali dettano negli accordi contrattuali stipulati con le strutture private (3):
- a) volume massimo di prestazioni, distinto per tipologia e per modalità di assistenza, che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima Azienda Sanitaria Locale si impegnano ad assicurare nell'ambito del fabbisogno indicato dagli strumenti della programmazione sanitaria regionale;
- b) requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale;
- c) corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate, globalmente risultante dall'applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extratariffaria delle funzioni incluse nell'accordo, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte secondo i criteri enunciati dal comma 2;
- d) debito informativo delle strutture erogatrici per il monitoraggio degli accordi contrattuali e procedure che dovranno essere seguite per il controllo esterno dell'appropriatezza e della qualità dell'assistenza prestata e delle prestazioni rese;
- d-bis) decurtazione da apportare alla remunerazione delle prestazioni rese in difetto, anche parziale, dei requisiti minimi di autorizzazione o di accreditamento di cui ai vigenti manuali, o a seguito di inadempienze contrattuali diverse da quelle di cui all'articolo 7, comma 4, lettera c) (4).
4. Gli accordi contrattuali vengono stipulati con l'amministrazione regionale e sottoscritti dal Presidente della Giunta regionale.

(1) Comma così sostituito dall'art. 12, comma 1, della legge regionale 2 maggio 2016, n. 12.

(2) Lettera così modificata dall'art. 12, comma 2, della legge regionale n. 12/2016.

(3) Comma così modificato dall'art. 12, comma 3, della legge regionale n. 12/2016.

(4) Comma aggiunto dall'art. 12, comma 4, della legge regionale n. 12/2016.

#### Titolo IV Compiti di Regione e Comuni

##### **Art. 9** (*Compiti della Regione*) (1)

1. La Giunta regionale provvede:

- a) ad adottare l'atto di fabbisogno, che stabilisce in termini qualitativi e quantitativi l'offerta sanitaria regionale, compatibilmente con le norme e gli atti della programmazione regionale e con eventuali vincoli finanziari e di bilancio;
- b) a rendere, tramite il competente Dipartimento, il parere di compatibilità di natura programmatoria, nei casi previsti dalla presente legge;
- c) a predisporre le nuove procedure per il rilascio dell'autorizzazione alla pubblicità sanitaria;
- d) a definire i requisiti, i criteri e le procedure di autorizzazione ed accreditamento;
- e) ad esercitare, tramite la competente Direzione, i poteri di vigilanza e sanzionatori di cui agli articoli 5 e 7 della presente legge;
- f) all'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie pubbliche e private;
- g) a predisporre gli atti di programmazione finalizzati alla negoziazione con i soggetti accreditati.

(1) Articolo così sostituito dall'art. 13, comma 1, della legge regionale 2 maggio 2016, n. 12.

**Art. 10**  
*(Compiti dei Comuni)* (1)

1. Il Comune provvede a:

- a) rilasciare le autorizzazioni alla realizzazione di strutture sanitarie e socio-sanitarie nei modi e nei termini definiti dalla presente legge;
- b) rilasciare le autorizzazioni all'esercizio di strutture sanitarie e socio-sanitarie nei modi e nei termini definiti dalla presente legge;
- c) adottare gli atti e i provvedimenti di cui agli articoli 5, 5-bis, 5-ter e 5-quater.”.

(1) Articolo così sostituito dall'art. 14, comma 1, della legge regionale 2 maggio 2016, n. 12.

**Art. 10-bis**  
*(Compiti dei Dipartimenti di Prevenzione)* (1)

1. I Dipartimenti di prevenzione delle ASL svolgono le attività di vigilanza e le attività istruttorie nei casi e nei termini previsti dalla presente legge.”.

(1) Articolo inserito dall'art. 15, comma 1, della legge regionale 2 maggio 2016, n. 12.

Titolo V

Disposizioni transitorie e finali

**Art. 11**  
*(Autorizzazione predefinitiva)*

1. L'autorizzazione predefinitiva è la fase nella quale si collocano tutte le strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private, già operanti sul territorio, all'atto dell'emanazione della presente legge. Tale fase è caratterizzata dalla possibilità da parte delle strutture pubbliche e private di utilizzare modalità e tempi di adeguamento appositamente stabiliti, nel caso non si verifichi il possesso, anche parziale, dei requisiti minimi autorizzativi.

2. Per le strutture di cui al comma 1 è previsto un percorso di autorizzazione che, attraverso un Programma di Adeguamento prestabilito, porti le stesse al completamento della fase di autorizzazione definitiva. Il Programma di Adeguamento contiene: il cronoprogramma degli interventi, le modalità di attuazione nonché, per le strutture di parte pubblica, i costi ed i relativi finanziamenti.

3. Entro novanta giorni dall'approvazione della deliberazione di Giunta di cui al comma 2 dell'art. 4, i Rappresentanti legali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private operanti sul territorio trasmettono al Comune competente domanda di autorizzazione definitiva corredata di autocertificazione relativa allo stato di fatto della rispettiva struttura rispetto ai requisiti minimi autorizzativi e di eventuale Programma di Adeguamento degli stessi. Trascorso il termine indicato nel presente comma, gli inadempienti l'obbligo di presentazione della domanda di autorizzazione provvisoria sono sottoposti alle sanzioni previste al comma 8 dell'art. 5. Oltre alla diffida prevista dall'articolo 5, comma 5, alla struttura si applica la sanzione amministrativa pecuniaria di cui all'articolo 5-quater, comma 1, lettera b) in caso di mancata o intempestiva presentazione della domanda di autorizzazione definitiva. Decorso inutilmente il termine concesso nell'atto di diffida, il Comune dispone l'immediata revoca dell'autorizzazione all'esercizio (1).

(1) Comma così modificato dall'art. 16, comma 1, della legge regionale 2 maggio 2016, n. 12.

**Art. 12**  
*(Accreditamento predefinitivo)*

1. Nel rispetto di quanto disposto in materia di accreditamento dal comma 796, lettere s), t) e u), dell'art. 1 della legge 27 dicembre 2006, n. 296: Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato:

a) l'accREDITamento predefinitivo è la fase nella quale si collocano tutte le strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche già operanti sul territorio e private provvisoriamente accreditate ai sensi della legge 23 dicembre 1994, n. 724, al momento dell'entrata in vigore della presente legge;

b) entro novanta giorni dalla entrata in vigore delle deliberazioni di Giunta di cui alle lettere c) e d) del comma 2 dell'art. 6 i rappresentanti legali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private di cui alla lettera a) trasmettono alla Regione domanda di accreditamento definitivo;

c) le strutture pubbliche e private, di cui alla lettera a) entrano nel percorso di accreditamento predefinitivo purché abbiano inoltrato domanda di autorizzazione definitiva secondo le modalità di cui al comma 3 dell'art. 11.

**Art. 12-bis**  
*(Organismo Tecnicamente Accreditante) (1)*

1. Sulla base di quanto previsto nelle intese tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome, 20 dicembre 2012, n. 259 e 19 febbraio 2015, n. 32, è costituito presso l'Agenzia Sanitaria Regionale dell'Abruzzo l'Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA). Conseguentemente, la denominazione "Organismo Regionale per l'Accreditamento" (ORA) nell'allegato 2.3 alla legge regionale 10 marzo 2008, n. 5 (Un sistema di garanzie per la salute - Piano Sanitario Regionale 2008-2010), nonché in ogni altra disposizione regionale legislativa e regolamentare è sostituita dalla denominazione "Organismo Tecnicamente Accreditante" (OTA).

2. L'OTA provvede alla verifica del possesso e all'accertamento della sussistenza dei requisiti per l'accREDITamento disciplinati dalle disposizioni nazionali e regionali.

3. Nello svolgimento delle proprie funzioni, al fine di garantire trasparenza, autonomia e imparzialità, l'OTA è composto:

a) dal Gruppo di Esperti Regionali per l'AccREDITamento (GERA);

b) dal Comitato di Coordinamento Regionale per l'AccREDITamento (CCRA).

4. Il CCRA è composto da personale del SSR iscritto nell'anagrafe regionale degli esperti valutatori per l'accREDITamento, in numero di una unità per Azienda Sanitaria Locale, ed è coordinato dal Direttore della ASR Abruzzo, che provvede a trasmettere alla Regione gli esiti dell'istruttoria tecnica effettuata.

5. Con provvedimento della Giunta regionale, entro 90 giorni dall'entrata in vigore del presente articolo, è approvata la Disciplina per il funzionamento dell'Organismo Tecnicamente Accreditante, nel rispetto dei criteri previsti dalle disposizioni nazionali di cui al comma 1 del presente articolo.

6. A decorrere dalla data di entrata in vigore della approvazione della Disciplina di cui al comma 5, sono abrogate in quanto incompatibili le seguenti disposizioni:

a) i paragrafi 2.1.2 e 2.2.2 dell'Allegato 2.3 della legge regionale n. 5/2008;

b) l'articolo 2, comma 4, lettera b) della legge regionale 12 gennaio 2017, n. 4 (Proroga di termini previsti da disposizioni legislative, disposizioni in materia sanitaria e ulteriori disposizioni urgenti).

(1) Articolo aggiunto dall'art. 2, comma 2, della legge regionale 23 luglio 2018, n. 19.

**Legge regionale 23 giugno 2016, n. 17** – Istituzione e regolamentazione del “Codice Rosa” all’interno dei pronti soccorsi abruzzesi (*Articoli estratti*).

#### **Art. 1**

*(Finalità)*

1. La Regione Abruzzo con la presente legge e con i Protocolli d’intesa di cui all’articolo 7 intende contrastare ogni forma e grado di violenza, in particolare contro le donne, perseguendo i seguenti obiettivi:

- a) individuare un percorso clinico-assistenziale in fase acuta e un intervento di più lungo periodo sulla persona che ha subito violenza;
- b) definire le modalità d’intervento per dare immediate risposte coordinate e adeguate;
- c) istituire procedure aziendali semplificate;
- d) garantire la privacy e la protezione della vittima di violenza.

#### **Art. 2**

*(Destinatari)*

1. Sono destinatari della presente legge i soggetti che necessitano di essere tutelati quando si recano in una struttura ospedaliera e nello specifico in pronto soccorso a causa di evidente o presunta violenza domestica o sessuale.

#### **Art. 3**

*(Istituzione del Codice Rosa)*

1. Per Codice Rosa si intende un percorso di accoglienza-assistenza al pronto soccorso riservato a chi subisce violenza sessuale o domestica, riferito a tutte le persone che si trovano in una situazione di debolezza e vulnerabilità i cui segni di violenza subita non sempre risultano conclamati.

2. Il Codice Rosa viene assegnato dal personale infermieristico preposto al triage e consiste in un codice di priorità di accesso visibile esclusivamente agli operatori sanitari che si adopereranno per una rapida presa in carico della paziente e per l’implementazione di tutte le procedure previste dal percorso clinico organizzativo interno nel rispetto della privacy.

3. La Regione Abruzzo istituisce il Codice Rosa nei pronti soccorsi dei Presidi Ospedalieri delle quattro Province attivi 24 ore in tutti i giorni dell’anno.

#### **Art. 4**

*(Ruolo delle ASL)*

1. Le ASL adottano percorsi clinico-assistenziali volti ad assicurare la piena assistenza alla persona che ha subito violenza in modo tale che:

a) l'operatore di primo contatto possa successivamente accompagnare la vittima di violenza in un ambulatorio dedicato chiamato "stanza rosa" dotato di tutti i Presidi sanitari che permettano la valutazione, l'assistenza e l'osservazione della vittima di violenza fino alla dimissione nel pieno rispetto della riservatezza e previo consenso informato per ogni atto medico;

b) la cartella clinica relativa al Codice Rosa sia compilata in tempo reale durante il percorso rosa da operatori sanitari che la prendono in carico, ciascuno per la propria competenza.

## **Art. 5**

*(Ruolo degli operatori sanitari)*

1. La Regione riconosce il ruolo fondamentale svolto dagli operatori sanitari che prestano assistenza e attuano il percorso clinico sulle persone che hanno subito violenza in quanto gli stessi:

a) riconoscono il valore della persona che ha subito violenza in ogni momento del percorso diagnostico, terapeutico e riabilitativo;

b) costruiscono un rapporto di fiducia con la persona che ha subito violenza mediante diversi colloqui con la stessa;

c) approfondiscono le cause delle lesioni e dei disturbi psicologici;

d) informano, con molta cautela, la persona in merito agli interventi da attuare;

e) acquisiscono le competenze necessarie per individuare i pazienti che hanno subito violenza;

f) attuano le prestazioni cliniche assistenziali in pronto soccorso e acquisiscono dati utili per eventuali futuri procedimenti legali;

g) attivano immediatamente misure di profilassi nel caso venissero individuate presenze di malattie sessualmente trasmissibili;

h) collaborano con i servizi sociali e sanitari territoriali al fine di facilitare l'accoglienza e il sostegno della persona sul territorio.

## **Art. 6**

*(Assistenza psico-sociale)*

1. Durante l'accoglienza al pronto soccorso, potrà essere attivata la consulenza psicologica qualora si ravveda la necessità o se richiesto dal paziente.

2. Al termine del percorso sanitario, gli operatori che l'hanno assistita propongono alla vittima di violenza di prendere contatto con un centro antiviolenza cittadino.

3. L'assistente sociale dovrebbe far parte del gruppo multi-disciplinare antiviolenza istituito all'interno del pronto soccorso, collaborando e interagendo con tutte le figure professionali coinvolte al fine di approfondire la situazione socio-familiare e l'estrazione sociale della paziente.



## **Art. 7**

*(Protocolli d'intesa)*

1. L'attivazione del Codice Rosa si basa su interventi condivisi attuati mediante la stipula di protocolli d'intesa fra i soggetti coinvolti per l'istituzione di gruppi interforze composti dai rappresentanti delle Aziende sanitarie, dalle Procure, dalle Forze dell'ordine, dalle strutture e dai soggetti preposti alla tutela delle vittime di violenza.

2. In fase di prima attuazione, i protocolli d'intesa di cui al comma 1 sono stipulati entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge.

## **Art. 8**

*(Campagna di sensibilizzazione)*

1. La Regione Abruzzo il 25 novembre di ogni anno (data in cui ricorre la Giornata internazionale per l'eliminazione della violenza contro le donne) si impegna attraverso le Aziende Sanitarie Locali a svolgere una campagna di sensibilizzazione all'interno di scuole e amministrazioni pubbliche attraverso risorse strumentali e personale già esistenti.

**Legge regionale 27 dicembre 2016, n. 43** – Norme per il riconoscimento ed il sostegno del caregiver familiare (persona che presta volontariamente cura e assistenza). (*Articoli estratti*).

## **Art. 1**

(*Finalità*)

1. La Regione Abruzzo riconosce e promuove, nell'ambito delle politiche del welfare, la cura familiare e la solidarietà come beni sociali, in un'ottica di responsabilizzazione diffusa e di sviluppo di comunità.
2. La Regione riconosce e valorizza la figura del caregiver familiare in quanto componente informale della rete di assistenza alla persona e risorsa del sistema integrato dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari.
3. La Regione riconosce e tutela i bisogni del caregiver familiare, in sintonia con le esigenze della persona accudita, attraverso la definizione di interventi e di azioni di supporto allo stesso e l'integrazione dell'attività del caregiver familiare entro il sistema regionale degli interventi sociali, socio-sanitari e sanitari come indicato all'articolo 3, comma 4.
4. Ai fini di cui al comma 3 la Regione definisce modalità per favorire l'integrazione dell'attività del caregiver familiare nell'ambito del sistema regionale degli interventi sociali, socio-sanitari e sanitari.

## **Art. 2**

(*Il caregiver familiare*)

1. Il caregiver familiare è la persona che volontariamente, in modo gratuito e responsabile, si prende cura nell'ambito del Piano Personalizzato di Assistenza (di seguito denominato PPA) di una persona cara e in condizioni di non autosufficienza e non in grado di prendersi cura di sé, che necessita di ausilio di lunga durata e di assistenza continuativa e globale.
2. L'aiuto del caregiver familiare, in base alla situazione di bisogno della persona cara assistita, può caratterizzarsi in diverse forme. In particolare il caregiver familiare assiste e cura la persona ed il suo ambiente domestico, la supporta nella vita di relazione, concorre al suo benessere psico-fisico, l'aiuta nella mobilità e nel disbrigo delle pratiche amministrative, si integra con gli operatori che forniscono attività di assistenza e di cura.
3. Nello svolgimento di tali attività il caregiver familiare può avvalersi dei servizi territoriali e di lavoro privato di cura.
4. Il caregiver familiare è individuato tra:
  - a) i componenti del nucleo familiare anagrafico;
  - b) altri familiari;
  - c) i conviventi di fatto della persona non autosufficiente;
  - d) i soggetti che, a seguito delle azioni di sensibilizzazione di cui all'articolo 7, di propria iniziativa oppure su proposta dei servizi sociali, socio-sanitari o sanitari, esprimono la disponibilità a svolgere l'attività di assistenza e di cura come definita ai commi 1 e 2.
5. Il caregiver familiare, individuato ai sensi del comma 4, è comunque scelto dalla persona assistita oppure dal suo tutore.
6. L'attività del caregiver familiare è oggetto di un contributo economico, nei casi e secondo le modalità di cui all'articolo 8, fermi restando i contributi economici già riconosciuti ai caregiver familiari al momento dell'entrata in vigore della legge.
7. Le persone non autosufficienti, anche se assistite dai caregiver familiari, mantengono le forme di sostegno, anche economiche, previste dalla normativa vigente in materia di servizi domiciliari.

### Art. 3

*(Libera scelta e rapporto con i servizi sociali, socio-sanitari e sanitari del sistema regionale)*

1. I servizi sociali dei Comuni e i servizi delle Aziende sanitarie riconoscono il caregiver familiare come un elemento della rete del welfare locale e gli assicurano il sostegno e l'affiancamento necessari a sostenerne la qualità dell'opera di assistenza prestata.

2. Nel rispetto di quanto previsto dal decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali), i servizi sociali, socio-sanitari e sanitari, previo consenso dell'assistito ovvero di chi ne esercita la tutela, forniscono al caregiver familiare un'informazione puntuale ed esauriente sulle problematiche di cui soffre la persona assistita, sui bisogni assistenziali e le cure necessarie, sui criteri di accesso alle prestazioni sociali, socio-sanitarie e sanitarie, sulle diverse opportunità e risorse operanti sul territorio che possono essere di sostegno all'assistenza e alla cura.

3. Nell'ambito delle proprie competenze, le Aziende Unità Sanitarie Locali (AUSL), i Distretti, i Comuni e la Regione promuovono iniziative di informazione ed orientamento, fra cui la realizzazione di guide informative relative a servizi ed iniziative pubbliche e private a sostegno del caregiver familiare.

4. A seguito dell'informazione di cui ai commi 2 e 3 il caregiver familiare, di propria iniziativa o a seguito di proposta da parte di un servizio sociale, socio-sanitario o sanitario, esprime in modo libero e consapevole la disponibilità a svolgere la propria attività volontaria di assistenza e cura, ad avvalersi di supporti formativi e di forme di integrazione con i servizi sociali, socio-sanitari e sanitari. L'impegno assunto dal caregiver familiare può essere rivisto attraverso la tempestiva revisione del piano assistenziale individualizzato.

5. L'impegno assunto dal caregiver familiare può essere rivisto attraverso la tempestiva revisione del Piano Personalizzato di Assistenza.

6. Allo scopo di favorire il mantenimento della persona assistita al proprio domicilio, il caregiver familiare, previo consenso della persona cara assistita, deve essere coinvolto in modo attivo nel percorso di valutazione, definizione e realizzazione del PPA e assume gli impegni che lo riguardano, concordati nel PPA stesso.

7. Il PPA esplicita il contributo di cura e le attività del caregiver familiare nonché le prestazioni, gli ausili, i contributi necessari ed i supporti che i servizi sociali e sanitari si impegnano a fornire al fine di permettere al caregiver familiare di affrontare al meglio possibili difficoltà od urgenze e di svolgere le normali attività di assistenza e di cura in maniera appropriata e senza rischi per l'assistito e per sé medesimo.

### Art. 4

*(Interventi a favore del caregiver familiare)*

1. Le rappresentanze dei caregiver di cui all'articolo 7, comma 3, sono sentite nell'ambito della programmazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria nelle forme e nei modi previsti dalla normativa vigente.

2. La Regione, nei limiti delle risorse disponibili:

a) prevede, nell'ambito della propria programmazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria, azioni a supporto del caregiver familiare, anche attraverso il sostegno ai Comuni ed alle AUSL per la realizzazione delle previsioni di cui al comma 3;

b) promuove forme di sostegno economico attraverso l'erogazione dell'assegno di cura e di interventi economici per l'adattamento domestico, come previsto nell'ambito della normativa vigente per i contributi per la non autosufficienza, anche alle persone assistite domiciliariamente dai caregiver familiari;

c) può favorire accordi con le rappresentanze delle compagnie assicurative che prevedano premi agevolati per le polizze eventualmente stipulate dal caregiver familiare che opera nell'ambito del PPA per la copertura degli infortuni o della responsabilità civile collegati all'attività prestata;

d) promuove intese ed accordi con le associazioni datoriali, tesi ad una maggior flessibilità oraria che permetta di conciliare la vita lavorativa con le esigenze di cura;

e) favorisce i progetti di enti e aziende per la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro al fine di permettere lo svolgimento delle attività di cura da parte del caregiver lavoratore;

f) cura, in accordo con i Comuni e con il coinvolgimento dei soggetti gestori ed erogatori di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari, programmi di aggiornamento degli operatori sociali, socio-sanitari e sanitari sui temi legati alla valorizzazione dei caregiver familiari e sulla relazione e comunicazione con gli stessi;

g) favorisce la creazione di canali di comunicazione privilegiati che facilitino il costante rapporto fra operatori e caregiver, anche impiegando le nuove tecnologie della comunicazione ed informazione (ICT);

h) promuove iniziative di sollievo attraverso l'impiego di personale qualificato, anche con sostituzioni temporanee al domicilio del caregiver;

i) incentiva l'individuazione di soluzioni condivise nelle situazioni di emergenza personale od assistenziale segnalate dal caregiver familiare, con possibile piano per fronteggiare l'emergenza o ridefinizione del PPA stesso qualora la situazione imprevista assuma carattere di stabilità.

3. I Comuni e le AUSL, nei limiti delle risorse disponibili, assicurano al caregiver familiare:

a) l'informazione, l'orientamento e l'affiancamento nell'accesso ai servizi necessari ai fini assistenziali;

b) la formazione e l'addestramento finalizzati al corretto svolgimento del lavoro di cura;

c) il supporto utile ad evitare l'isolamento ed il rischio di burnout, inteso come esito patologico di un processo stressogeno che colpisce le persone che esercitano attività di cura, nei casi più complessi anche attraverso l'attivazione di reti solidali, il supporto psicologico e la partecipazione a gruppi di auto mutuo aiuto di caregiver familiari;

d) la definizione del responsabile delle cure nell'ambito del PPA della persona assistita;

e) l'individuazione di soluzioni condivise nelle situazioni di emergenza personale od assistenziale segnalate dal caregiver familiare, con possibile piano per fronteggiare l'emergenza o ridefinizione del PPA stesso qualora la situazione imprevista assuma carattere di stabilità;

f) il sollievo di emergenza e di tipo programmato;

g) la domiciliarizzazione delle visite specialistiche nei casi di difficoltà di spostamento dell'assistito, compatibilmente con la disponibilità del personale medico e l'organizzazione dei servizi sanitari.

## Art. 5

*(Rete di sostegno al caregiver familiare nell'ambito del sistema integrato dei servizi regionali)*

1. La rete di sostegno al caregiver familiare è costituita dal sistema integrato dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari e da reti di solidarietà.

2. Sono elementi della rete di cui al comma 1:

a) il responsabile del caso, che nell'ambito del PPA è la figura di riferimento ed il referente del caregiver familiare;

b) il medico di medicina generale, che è il referente terapeutico del familiare assistito e l'infermiere referente o case manager che, nell'ambito del PPA assume la funzione di referente del caso;

c) i servizi sociali, socio-sanitari e sanitari ed i servizi specialistici sanitari, chiamati ad intervenire per particolari bisogni o specifiche necessità;

d) il volontariato e la solidarietà di vicinato, che rappresentano un'ulteriore risorsa della rete e possono essere attivati per arricchire il PPA e contrastare i rischi di isolamento del caregiver familiare.

## **Art. 6**

*(Riconoscimento delle competenze)*

1. Per favorire la valorizzazione delle competenze maturate, l'accesso o il reinserimento lavorativo del caregiver familiare, l'esperienza maturata nell'attività di assistenza e cura prestata in qualità di caregiver familiare operante nell'ambito del PPA potrà essere valutata sulla base dei criteri, delle modalità e delle procedure previste dall'attuale normativa regionale vigente sulle politiche attive del lavoro, formazione ed istruzione, politiche sociali, quale credito formativo per l'accesso ai percorsi formativi finalizzati all'acquisizione della qualifica di operatore socio-sanitario o di altre figure del repertorio regionale relative all'area socio-sanitaria.

## **Art. 7**

*(Azioni di sensibilizzazione e partecipazione)*

1. Al fine di sensibilizzare la comunità sul valore sociale del caregiver familiare, la Regione Abruzzo istituisce il "Caregiver day", da celebrarsi ogni anno, con la collaborazione degli enti locali e delle Aziende sanitarie, valorizzando la partecipazione del terzo settore, dei sindacati dei lavoratori e dei pensionati e delle associazioni datoriali.

2. La Regione promuove iniziative di informazione ed orientamento, fra cui la realizzazione di guide informative relative a servizi e iniziative pubbliche e private a sostegno dei caregiver familiari.

3. La Regione documenta e raccoglie i materiali e le esperienze provenienti dai singoli territori al fine della diffusione delle buone pratiche, della programmazione di iniziative e progetti di valorizzazione e supporto dei caregiver familiari.

4. La Regione e gli enti locali promuovono e facilitano, a livello regionale e locale, l'associazionismo dei caregiver familiari e favoriscono la partecipazione di rappresentanze associative dei caregiver familiari alla programmazione dei piani di zona distrettuali per la salute e il benessere sociale.

**Art. 1**

(*Finalità*)

1. La Regione Abruzzo provvede, nell'ambito della programmazione sanitaria, alla promozione dell'educazione sanitaria motoria e sportiva della popolazione quale mezzo efficace di promozione, mantenimento e recupero della salute fisica e psichica ed assicura la tutela sanitaria dell'attività sportiva, promuovendo l'organizzazione e lo sviluppo degli interventi relativi alla medicina dello sport.

2. La tutela sanitaria delle attività sportive è rivolta, oltre che all'attività agonistica professionistica nonché dilettantistica, anche all'educazione sanitaria e alla protezione di coloro che praticano e intendono praticare attività sportiva e/o motoria ai vari livelli e nelle varie forme, affinché tali attività possano essere svolte proficuamente da tutti entro i limiti fisiologici di ciascuno.

**Art. 3**

(*Destinatari*)

1. Gli interventi di tutela sanitaria delle attività sportive e motorie sono svolti a norma delle leggi vigenti, salvo quanto diversamente disposto dalla presente legge.

2. Tali interventi riguardano:

a) tutti i cittadini, per quanto attiene alla promozione dell'educazione sanitaria motoria e sportiva;

b) gli alunni e studenti che, nell'ambito scolastico di ogni livello e grado, svolgono attività motoria finalizzata e sportiva nell'ambito scolastico;

c) gli aderenti ad associazioni o società sportive che praticano o intendono praticare attività a carattere motorio-formativo o attività con carattere sportivo-ricreativo non agonistiche, anche organizzate dai Comuni, dalle federazioni sportive nazionali affiliate al CONI, dagli enti di promozione sportiva, dagli enti scolastici e dalle università nell'ambito delle attività parascolastiche, dagli organi statali ai fini dei giochi della gioventù e dai Campionati Nazionali Universitari;

d) coloro che praticano o intendono praticare attività sportive agonistiche ad ogni livello nell'ambito delle federazioni affiliate al CONI, o di altre organizzazioni riconosciute dal CONI stesso;

e) il personale tecnico-sportivo e gli ufficiali di gara;

f) gli universitari che nell'ambito dell'anno accademico svolgono attività sportiva o partecipano alla promozione dell'attività sportiva.

**Art. 4**

(*Funzioni della Regione*)

1. La Regione, nella materia oggetto della presente legge, esercita le seguenti funzioni:

a) programmazione a carattere annuale e pluriennale mediante l'adozione di uno specifico atto di ricognizione e fabbisogno dei centri e degli studi professionali di medicina dello sport;

b) nomina della Commissione regionale d'appello per l'esame dei ricorsi avverso i giudizi di non idoneità specifica alla pratica di attività sportive agonistiche, secondo la composizione e le modalità di funzionamento previste all'articolo 14;

c) (*Omissis*) (1)

d) istituzione del libretto sanitario dell'atleta, in cui registrare i giudizi di idoneità alla pratica sportiva agonistica o di non idoneità, nonché le notizie sanitarie utili a fornire il quadro clinico-anamnestico delle condizioni dell'atleta, secondo quanto previsto agli articoli 10 e 12;

e) istituzione del Comitato di Controllo per la Medicina dello Sport, con funzioni di vigilanza e controllo.

(1) Lettera abrogata dall'art. 4, comma 1, lettera a), della legge regionale 11 agosto 2020, n. 25.

## **Art. 5**

*(Funzioni delle Aziende Sanitarie Locali)*

1. Le Aziende Sanitarie Locali, nella materia oggetto della presente legge, esercitano:

a) la tutela della salute degli sportivi, attraverso le visite e gli accertamenti per il conseguimento dell'idoneità alla pratica sportiva agonistica mediante propri servizi di medicina dello sport;

b) gli interventi di educazione sanitaria indirizzati in modo particolare alla diffusione di una cultura che attribuisca alla pratica regolare dell'attività fisica un ruolo essenziale nell'adozione di stili di vita sani e alla prevenzione del fenomeno del doping;

c) la vigilanza sul corretto rilascio e utilizzo delle certificazioni di idoneità allo sport agonistico e non agonistico.

## **Art. 8**

*(Certificazione dell'attività sportiva agonistica)*

1. La visita e la certificazione per l'espletamento delle attività sportive agonistiche, di cui all'articolo 7, comma 2, sono effettuate esclusivamente da medici specialisti in medicina dello sport, di cui all'istituto elenco regionale, operanti presso gli ambulatori privati e/o studi privati, dai medici della Federazione Medico Sportiva o da medici in possesso dell'attestato di cui all'articolo 8 della legge n. 1099/1971, siano essi:

a) medici specialisti in medicina dello sport dipendenti o comunque operanti presso ambulatori di medicina dello sport, nelle Aziende Sanitarie Locali o di altre strutture pubbliche;

b) medici specialisti in medicina dello sport titolari o comunque operanti presso ambulatori e centri di medicina dello sport privati autorizzati;

c) medici specialisti in medicina dello sport, di cui all'istituto elenco regionale, operanti presso gli ambulatori privati e/o studi privati.

2. Gli accertamenti e le certificazioni di idoneità all'attività agonistica di cui al decreto ministeriale 18 febbraio 1982 e successive modifiche possono essere quindi effettuate esclusivamente all'interno delle seguenti strutture autorizzate nel rispetto della legge regionale 31 luglio 2007, n. 32 (Norme regionali in materia di autorizzazione, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private) e successive modifiche (1):

a) servizi pubblici di medicina dello sport;

b) centri privati di medicina dello sport regolarmente autorizzati nel rispetto della legge regionale 31 luglio 2007, n. 32 (Norme regionali in materia di autorizzazione, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private) e successive modificazioni, centri riconosciuti dalla Federazione Medico Sportiva Italiana e centri universitari di medicina dello sport. Tali centri possono chiedere l'accreditamento a livello regionale;

c) ambulatori e/o studi di cui sia titolare o associato un medico specialista in medicina dello sport iscritto all'elenco regionale.

(1) Comma così modificato dall' art. 19, comma 17, lettera a), della legge regionale 20 gennaio 2021, n. 1.

## Art. 9

### *(Strutture e autorizzazione)*

1. La certificazione di idoneità alla pratica sportiva agonistica è una certificazione medico-legale e pertanto le strutture abilitate al rilascio della certificazione medico-sportiva agonistica vengono classificate, sulla base del possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi, in:

- a) centri di primo livello;
- b) centri di secondo livello;
- c) centri di terzo livello.

2. Il rilascio delle autorizzazioni all'apertura di nuove strutture di cui al comma 1 seguono le disposizioni stabilite dalla legge regionale n. 32/2007e successive modifiche e integrazioni.

3. Le strutture di medicina dello sport, di cui al comma 1, sono tenute al possesso e al mantenimento dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi generali e specifici definiti nel manuale di cui all'allegato 1 della delibera della Giunta regionale 1-7-2008, n. 591/P (Approvazione manuali di autorizzazione e accreditamento, nonché delle relative procedure delle strutture sanitarie e socio-sanitarie) e successive modificazioni.

4. Eventuali modificazioni o integrazioni della vigente normativa nazionale circa le indagini clinico-strumentali e relative metodiche previste per le diverse discipline sportive comporteranno parallelo ed automatico adeguamento della dotazione strumentale, che dovrà avvenire entro 60 (sessanta) giorni dall'entrata in vigore della specifica deliberazione disposta a livello regionale.

5. In fase di prima applicazione della presente legge è previsto un centro di primo livello di norma ogni 10.000 (diecimila) residenti nella Regione, dando priorità in rapporto al rispettivo ambito provinciale, a parità di ordine cronologico delle domande di autorizzazione, ai territori comunali di insediamento di nuove strutture. Con le stesse modalità, è previsto un centro di secondo livello ogni 60.000 (sessantamila) residenti, di cui almeno uno pubblico, per ogni Azienda sanitaria presente in Regione.

6. I centri di terzo livello devono appartenere al Sistema Sanitario Nazionale e possono attuare convenzioni con le Università. È consentita l'istituzione di un centro di terzo livello in ogni Azienda sanitaria della Regione. Nei centri di terzo livello viene garantita:

- a) la tutela sanitaria delle attività sportive, espletata nella globalità e per tutti gli sport;
- b) l'attività diagnostica cardiovascolare non invasiva completa;
- c) l'attività diagnostico-terapeutica e di indirizzo all'attività fisico-motoria di soggetti portatori di patologie invalidanti o di fattori di rischio per malattie cardiovascolari;
- d) l'attività di diagnosi, terapia e riabilitazione motoria;
- e) la valutazione fisiologica e biomeccanica del lavoro muscolare e ortopedica;



- f) l'attività formativa, di didattica e/o tutorato in materia di medicina dello sport e psicologia dello sport (1);
- f-bis) presenza di psicoterapeuta con provata esperienza in psicologia dello sport (2);
- g) l'attività di ricerca e di produzione scientifica in ambito di medicina sportiva;
- h) una documentata attività d'informazione e di educazione sanitaria.

7. Il riconoscimento del livello dei singoli centri di terzo livello viene deliberato dalla Giunta regionale su proposta del componente del settore sanità previa domanda dei legali rappresentanti degli stessi, subordinatamente al possesso dei requisiti di legge.

8. La Giunta regionale, nel rispetto delle proprie prerogative, provvede altresì:

- a) ad aggiornare l'atto di fabbisogno delle strutture di medicina dello sport;
- b) a definire e aggiornare i requisiti, i criteri e le procedure di autorizzazione e accreditamento;
- c) a rendere, tramite il competente dipartimento, il parere di compatibilità di natura programmatica.

9. Presso l'Assessorato regionale alla Sanità è istituito l'Albo delle strutture sanitarie abilitate al rilascio degli attestati di idoneità alla pratica sportiva ed altresì è istituito l'elenco di cui all'articolo 6.

(1) Lettera così modificata dall' art. 19, comma 17, lettera b), della legge regionale 20 gennaio 2021, n. 1.

(2) Lettera aggiunta dall' art. 19, comma 17, lettera c), della legge regionale n. 1/2021.

## **Art. 12**

### *(Libretto sanitario)*

1. È istituito il libretto sanitario ad uso medico sportivo. Il dirigente del competente servizio regionale predispone un modello standard di libretto con pagine numerate progressivamente, valido dieci anni. Alla stampa e alla distribuzione dei libretti sanitari provvede l'Azienda Sanitaria Locale nel cui territorio è ubicata la società sportiva. Viene consegnato all'interessato dallo specialista in medicina dello sport e dalle strutture elencate al comma 1 dell'articolo 9 e segue l'atleta in tutta la sua attività sportiva. Ogni struttura convenzionata deve avere un registro per il libretto sanitario.

2. Il libretto sanitario è strettamente personale ed è rilasciato personalmente all'atleta. Il libretto sanitario sportivo dovrà annotare:

- a) le generalità dell'atleta;
- b) lo sport praticato;
- c) la società sportiva di appartenenza;
- d) la data della visita di idoneità;
- e) gli accertamenti eseguiti;
- f) l'esito finale della visita;
- g) le visite di controllo;
- h) la data dell'effettuazione dell'ultimo richiamo della vaccinazione antitetanica;
- i) eventuali annotazioni di interesse medico-sportivo nel rispetto delle norme deontologiche che tutelano la riservatezza.

3. Il libretto è ritirato da parte dello specialista che effettua la visita di idoneità alla pratica dell'attività sportiva agonistica e non agonistica e restituito all'atleta al termine della medesima, completato dai dati previsti. Nessuna visita può essere effettuata se non previa esibizione del libretto sanitario.

### **Art. 13**

#### *(Istituzione del registro informatico regionale)*

1. La Regione Abruzzo istituisce, in collaborazione con il Comitato di Controllo per la Medicina dello Sport, il Registro Informatico Regionale delle idoneità sportive, ad accesso controllato e sicuro in modalità web, presso il quale devono essere registrate, a cura dei medici prescrittori, le idoneità sportive erogate, verificando previamente i dati dell'utente/paziente, l'esistenza di eventuali idoneità in essere in corso di validità, ed eventuali motivazioni ostative (idoneità in corso presso altro Centro, giudizio di non idoneità già emesso, ecc.).

2. Il registro deve consentire agli ufficiali di gara e agli incaricati di federazioni ed enti di promozione sportiva la visualizzazione dei dati anagrafici degli sportivi con certificazione in corso di validità unitamente alla indicazione della idoneità ad una o più discipline sportive, insieme alla data di scadenza. La non idoneità non è indicativa di una patologia sanitaria e può essere desunta semplicemente dalla mancata visualizzazione nel sistema.

3. Il Registro Informatico Regionale delle idoneità sportive sostituisce "il libretto sanitario dello sportivo", previsto dalla Circolare del Ministero alla Sanità del 18 marzo 1996 n. 5004/MSP/CP/643, conforme al modello ministeriale allegato alla circolare SVE/MSP/CP/2459 dell'11 dicembre 1996. La Giunta regionale con proprio provvedimento dispone la data di entrata in vigore del Registro di cui al presente comma; fino a tale data rimane in uso il libretto sanitario dello sportivo.

4. Dall'attuazione del presente articolo non derivano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Agli adempimenti disposti dall'istituzione del registro di cui al presente articolo si provvede con le risorse strumentali e finanziarie già previste a legislazione vigente, assicurando l'invarianza della spesa per il bilancio della Regione.

### **Art. 16**

#### *(Osservatorio epidemiologico)*

1. È istituito un osservatorio epidemiologico regionale per la medicina dello sport in un centro di terzo livello identificato dall'Assessorato regionale alla Sanità.

2. L'osservatorio informatizzato provvede all'analisi e raccolta dati concernenti le patologie che precludono l'esercizio dell'attività sportiva agonistica o che da questo ne conseguono; valuta gli aspetti specifici della materia (causale di sospensione, causale di non idoneità, prevalenza di patologie nella popolazione sportiva, ecc.) e trasmette annualmente i dati elaborati all'Assessorato regionale alla Sanità che ne cura la diffusione.

**Legge regionale 5 agosto 2020, n. 21** – Conferimento alle Aziende Sanitarie Locali di funzioni amministrative in materia di organizzazione del servizio farmaceutico ed in materia di indennizzi a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati di cui alla legge 25 febbraio 1992, n. 210 nonché a causa di vaccinazioni antipoliomelitiche di cui all'articolo 3 della legge 14 ottobre 1999, n. 362 (*Articoli estratti*).

## **Art. 1**

*(Conferimento alle Aziende Sanitarie Locali di funzioni  
in materia di organizzazione del servizio farmaceutico)*

1. Sono trasferite alle Aziende Sanitarie Locali le seguenti funzioni amministrative in materia di organizzazione del servizio farmaceutico:

a) autorizzazioni al trasferimento di titolarità di farmacia di cui all'articolo 12 della legge 2 aprile 1968, n. 475 (Norme concernenti il servizio farmaceutico);

b) autorizzazioni al trasferimento dei locali della farmacia di cui all'articolo 1 della legge 8 novembre 1991, n. 362 (Norme di riordino del settore farmaceutico);

c) autorizzazione alla sostituzione del Direttore nella conduzione professionale delle farmacie convenzionate pubbliche e private di cui all'articolo 120 del Testo unico delle leggi sanitarie approvato con regio decreto n. 1265 del 27 luglio 1934 (Approvazione del Testo unico delle leggi sanitarie);

d) autorizzazione alla chiusura temporanea della farmacia di cui all'articolo 119 del Testo unico delle leggi sanitarie approvato con Regio decreto n. 1265/1934;

e) autorizzazione alla gestione provvisoria di farmacia dagli eredi del titolare di cui all'articolo 12 della legge n. 475/1968;

f) autorizzazione alla distribuzione all'ingrosso dei medicinali di cui all'articolo 101 del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219 (Attuazione della direttiva 2001/83/CE, e successive direttive di modifica, relativa ad un codice comunitario concernente i medicinali per uso umano);

g) autorizzazione alla sostituzione della persona responsabile di deposito all'ingrosso di medicinali di cui all'articolo 101 del decreto legislativo n. 219/2006;

h) autorizzazione alla vendita on-line di medicinali di cui all'articolo 112-quater, comma 3, del decreto legislativo n. 219/2006.

2. Le Aziende Sanitarie Locali sono, altresì, tenute all'aggiornamento dell'archivio dati delle farmacie ed alla trasmissione alla Regione Abruzzo dei provvedimenti autorizzativi adottati.

## **Art. 2**

*(Conferimento alle Aziende Sanitarie Locali di funzioni e compiti in materia di indennizzi a favore  
dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni  
e somministrazione di emoderivati di cui alla legge n. 210/1992, nonché a causa di vaccinazioni  
antipoliomelitiche non obbligatorie di cui all'art. 3 della legge n. 362/1999)*

1. Sono trasferite alle Aziende Sanitarie Locali le funzioni in materia di indennizzi a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati di cui alla legge 25 febbraio 1992, n. 210 (Indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati), nonché a causa di vaccinazioni antipoliomelitiche non obbligatorie di cui all'articolo 3 della legge 14 ottobre 1999, n. 362 (Disposizioni urgenti in materia sanitaria).
2. Le Aziende Sanitarie Locali sono tenute a fornire alla Regione i dati amministrativi, contabili e finanziari inerenti gli indennizzi di cui al comma 1, con modalità e tempistiche stabilite dal Servizio del Dipartimento Sanità competente per materia.
3. La Regione esercita le funzioni relative agli indennizzi a favore dei soggetti danneggiati di cui alla legge n. 210/1992, per il tramite delle Aziende Sanitarie Locali, erogando le risorse finanziarie sulla base delle comunicazioni trimestrali di cui al comma 2, contenenti l'ammontare degli importi dovuti per l'erogazione degli indennizzi ai soggetti aventi diritto e residenti nell'Azienda territorialmente competente.
4. In sede di prima applicazione, la Regione trasferisce alle Aziende Sanitarie Locali le risorse del quadrimestre di riferimento.

**Legge regionale 7 dicembre 2020, n. 37** – Interventi per la prevenzione e il trattamento delle dipendenze patologiche ed altre disposizioni (*Articoli estratti*).

## Titolo I

### Disposizioni generali

#### **Art. 1**

(*Finalità*)

1. La Regione, in armonia con i principi costituzionali e nel rispetto delle competenze dello Stato nonché dei vincoli derivanti dall'ordinamento dell'Unione europea, detta norme per la prevenzione e il trattamento delle dipendenze patologiche, sia da sostanze che comportamentali, al fine di salvaguardare e tutelare le persone che ne sono affette, con particolare riferimento alle fasce più deboli e maggiormente vulnerabili della popolazione, favorendone il trattamento, la riabilitazione e il reinserimento sociale, anche tramite il sostegno alle famiglie.

2. Agli effetti della presente legge per "dipendenze patologiche" si intendono:

- a) il disturbo da gioco d'azzardo;
- b) le dipendenze da sostanze (bevande alcoliche, tabacco, sostanze psicotrope e stupefacenti, "nuove sostanze", antidolorifici);
- c) le dipendenze tecnologiche (Internet, reti sociali, smartphone, videogiochi, videopornografia ecc.) e altre dipendenze comportamentali, come da DSM-5, Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali;
- d) shopping compulsivo;
- e) ipersessualità.

3. Al perseguimento delle finalità di cui al comma 1 concorrono, sulla base degli indirizzi definiti dalla Giunta regionale, gli enti del Servizio Sanitario Regionale, e, in particolare, i Servizi per le dipendenze patologiche (Ser. D.), i comuni, singoli o associati, l'Ufficio scolastico regionale e le istituzioni scolastiche, gli enti del Terzo Settore di cui all'articolo 4 del decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117 (Codice del Terzo Settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106), nonché le strutture accreditate dalla Regione per l'erogazione dei servizi socio-sanitari e riabilitativi nell'area delle dipendenze patologiche.

#### **Art. 2**

(*Osservatorio regionale sulle dipendenze patologiche*)

1. È istituito l'Osservatorio regionale sulle dipendenze patologiche, di seguito denominato Osservatorio, quale organo di monitoraggio e proposta della Giunta regionale per le attività previste dalla presente legge.

2. L'Osservatorio è costituito con decreto della Presidente della Giunta regionale ed è composto da:

- a) il Presidente della Giunta regionale o suo delegato;
- b) l'Assessore regionale alla Sanità o suo delegato;
- c) l'Assessore regionale alle Politiche sociali o suo delegato;

- d) il Direttore del Dipartimento Sanità;
- e) il Direttore del Dipartimento Politiche sociali;
- f) un rappresentante per ogni Azienda Sanitaria Locale, individuato nei responsabili dei Servizi per le dipendenze patologiche (Ser. D.) dei Comuni di Chieti, L'Aquila, Pescara e Teramo;
- g) un rappresentante dei Comuni, designato da ANCI Abruzzo;
- h) un rappresentante del Ministero dell'Interno;
- i) il Direttore dell'Ufficio scolastico regionale per l'Abruzzo o suo delegato;
- j) un rappresentante del Forum del Terzo Settore Abruzzo, espressione delle realtà associative operanti nell'area delle dipendenze patologiche;
- k) due delegati delle reti maggiormente rappresentative delle comunità terapeutiche;
- l) un esperto in materia di dipendenze patologiche designato dal Presidente della Giunta regionale;
- m) un rappresentante delle associazioni che si occupano di tutela legale per le persone affette da GAP;
- n) un rappresentante delle associazioni dei consumatori iscritte nel registro di cui all'articolo 137 del decreto legislativo 6 settembre 2005, n. 206 (Codice del consumo, a norma dell'articolo 7 della legge 29 luglio 2003, n. 229);
- o) due studenti individuati tra i 4 Presidenti provinciali delle Consulte degli Studenti, designati dalla Consulta degli Studenti della Regione Abruzzo;

3. L'Osservatorio ha sede presso il Dipartimento regionale competente in materia di sanità, che ne assicura il supporto tecnico, senza ulteriori oneri per il bilancio regionale, e svolge le seguenti funzioni:

- a) studio e monitoraggio delle dipendenze patologiche in ambito regionale e dei loro effetti in tutte le loro componenti: culturali, legali, di pubblica sicurezza, commerciali, sanitarie ed epidemiologiche, sociali e socio-economiche;
- b) formulazione di pareri e proposte alla Giunta regionale, anche al fine dell'elaborazione del Piano regionale per la prevenzione e il trattamento delle dipendenze patologiche di cui all'articolo 3;
- c) promozione di campagne informative e di sensibilizzazione, in collaborazione con gli enti del Servizio Sanitario Regionale, anche attraverso la creazione di un portale informatico divulgativo;
- d) realizzazione di una banca dati, nel rispetto della normativa vigente in materia di riservatezza, contenente le informazioni sulla tipologia di utenza che accede ai servizi erogati dai soggetti di cui all'articolo 1, comma 3;
- e) verifica dello stato di attuazione e dell'efficacia delle misure adottate dai soggetti istituzionali coinvolti e redazione di una relazione annuale da trasmettere alla Giunta regionale entro il 30 aprile dell'anno successivo.

4. L'Osservatorio assicura idonee forme di collaborazione con i soggetti di cui all'articolo 1, comma 3, le forze dell'ordine, il Garante regionale per l'infanzia e l'adolescenza, le associazioni antimafia, nonché con altri enti e organismi operanti a livello nazionale nel settore della prevenzione e del trattamento delle dipendenze patologiche.

5. La partecipazione alle riunioni dell'Osservatorio è a titolo gratuito.

### **Art. 3**

*(Piano regionale per la prevenzione e il trattamento  
delle dipendenze patologiche)*

1. Il Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale, in coerenza con la programmazione nazionale e regionale in materia socio-sanitaria e tenuto conto delle proposte formulate dall'Osservatorio di cui all'articolo 2, approva entro 6 mesi dall'entrata in vigore della presente legge il Piano regionale per la prevenzione e il trattamento delle dipendenze

patologiche, di durata triennale, di seguito denominato Piano, ad integrazione del Piano regionale della prevenzione e il piano regionale del gioco d'azzardo patologico (1).

2. Il Piano indica le risorse di personale ed economiche per garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Nell'ambito dell'assistenza territoriale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, la Regione garantisce alle persone con dipendenze patologiche, ivi incluse le persone detenute o internate, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato che include le prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche.

3. Il Piano, suddiviso in sezioni corrispondenti alle diverse tipologie di dipendenza, definisce l'insieme degli interventi che interessano il territorio regionale in ordine alla prevenzione e al trattamento delle dipendenze patologiche, nonché al trattamento, alla riabilitazione e al reinserimento sociale dei soggetti coinvolti e delle loro famiglie. In particolare, il Piano persegue i seguenti obiettivi:

a) la prevenzione e la riduzione dei rischi derivanti dalle dipendenze patologiche, mediante iniziative di informazione, educazione e sensibilizzazione, soprattutto delle nuove generazioni;

b) l'assistenza e l'orientamento dei soggetti a rischio dipendenza, anche attraverso l'attivazione di un numero verde e di un indirizzo di posta elettronica dedicati, per fornire un primo servizio di ascolto e ricevere segnalazioni e richieste di aiuto;

c) la realizzazione di percorsi di trattamento adeguati per persone affette da dipendenze patologiche, nonché di sostegno alle famiglie, mediante l'apporto della rete dei Servizi territoriali per le dipendenze patologiche (Ser. D.) e delle strutture accreditate dalla Regione, anche in collaborazione con gli enti del Terzo Settore e con i gruppi di auto-mutuo-aiuto;

d) il potenziamento della rete dei Servizi Territoriali per le dipende patologiche (Ser. D.) attraverso:

1) la formazione e l'aggiornamento degli operatori della rete dei Servizi territoriali per le dipendenze patologiche (Ser. D.) e delle strutture accreditate dalla Regione, preposti alla presa in carico e al trattamento di persone affette da dipendenza, nonché degli addetti all'assistenza, all'orientamento e al reinserimento socio-lavorativo;

2) l'assunzione di personale specializzato per i servizi di prevenzione, cura, riabilitazione, reinserimento socio-lavorativo e consulenze legali per i malati di GAP, da effettuarsi mediante procedure concorsuali;

e) la formazione e l'aggiornamento obbligatorio per gli esercenti di esercizi commerciali, i gestori di circoli privati e di altri luoghi deputati all'intrattenimento in cui sono installati apparecchi per il gioco lecito o vengono somministrate bevande alcoliche, e per il personale ivi impiegato, nonché per gli operatori dei servizi pubblici e della polizia locale;

f) la realizzazione di forme di collaborazione con gli enti del Terzo Settore di cui all'articolo 4 del D.Lgs. 117/2017, impegnate nell'ambito della prevenzione e del trattamento del disturbo da gioco d'azzardo e della dipendenza dalle nuove tecnologie;

g) la promozione di attività socio-culturali e sportive finalizzate alla prevenzione e alla riduzione del rischio delle dipendenze, nonché al contrasto degli effetti da queste prodotti, in particolare nei minori e nei giovani a rischio di isolamento relazionale e sociale.

4. Per l'attuazione degli interventi previsti dal Piano, la Regione può stipulare convenzioni e accordi con i soggetti di cui all'articolo 1, comma 3, nonché con le associazioni dei consumatori e degli utenti, le associazioni di categoria delle imprese e degli operatori dei diversi settori interessati.

5. Per l'attuazione degli interventi previsti dal Piano, la Regione, i Comuni e le Aziende Sanitarie Locali possono stipulare convenzioni e accordi con i soggetti di cui all'articolo 1, comma 3, nonché con le associazioni dei consumatori e degli utenti, le associazioni di categoria delle imprese e degli operatori dei diversi settori interessati.

(1) Comma così modificato dall' art. 19, comma 22, della legge regionale 20 gennaio 2021, n. 1.

## **Art. 5**

*(Prevenzione dalle dipendenze patologiche negli istituti scolastici)*

1. All'interno degli istituti scolastici di ogni ordine e grado presenti sul territorio regionale è fatto obbligo di esporre, in modo ben visibile alla comunità studentesca, appositi prospetti informativi finalizzati a promuovere stili di vita sani e a evidenziare i rischi e i danni connessi al consumo di sostanze e ad altri comportamenti, di cui all'articolo 1, comma 2, tenuto conto delle evidenze scientifiche sulla prevenzione rivolta alla popolazione giovanile.
2. Ai fini del rafforzamento delle misure di cui al comma 1, i medesimi soggetti promuovono azioni di sensibilizzazione, formazione, sostegno e consulenza degli "educatori" (genitori, insegnanti, personale scolastico).
3. Le Aziende sanitarie locali predispongono il materiale informativo, sulla base delle linee di indirizzo definiti dall'Osservatorio di cui all'articolo 2 e ne curano la distribuzione presso gli Istituti scolastici.

## **Art. 6**

*(Sostegno al Terzo Settore)*

1. La Regione sostiene l'attività degli enti del Terzo Settore di cui all'articolo 4 del decreto legislativo n. 117/2017, che si occupano delle problematiche correlate alle dipendenze patologiche.
2. La Regione può concedere ai soggetti di cui al comma 1 contributi, patrocinii o altre forme di sostegno, anche non oneroso, per la realizzazione di progetti volti a promuovere interventi di prevenzione, assistenza e reinserimento sociale di persone affette da dipendenze patologiche, nonché di supporto delle rispettive famiglie.
3. La Giunta regionale, con propria deliberazione, disciplina le modalità per l'assegnazione e l'erogazione dei contributi nel rispetto dei principi di trasparenza e imparzialità, nonché il monitoraggio e la verifica dell'attuazione dei progetti finanziati.
- 3-bis. I contributi di cui al comma 3 sono concessi nel rispetto del Regolamento (UE) n. 1407/2013 della Commissione del 18 dicembre 2013 relativo all'applicazione degli articoli 107 e 108 del trattato sul funzionamento dell'Unione europea sugli aiuti "de minimis" (1).
4. La Regione, i Comuni e le Aziende Sanitarie Locali, nell'ambito delle rispettive competenze, possono avvalersi della collaborazione di enti ed associazioni pubbliche o private di mutuo aiuto, prive di scopo di lucro, che operano per il perseguimento delle finalità di cui all'articolo 1, anche attraverso la stipula di apposite convenzioni di cui al comma 4 dell'articolo 3.

(1) Comma aggiunto dall' art. 19, comma 12, della legge regionale 20 gennaio 2021, n. 1.