

## PARTE PRIMA

*Leggi e regolamenti regionali*

REGOLAMENTO REGIONALE 4 marzo 2013,  
n. 6

**Regolamento regionale sul Dipartimento di  
Medicina Fisica e Riabilitazione.**

**IL PRESIDENTE DELLA  
GIUNTA REGIONALE**

Visto l'art. 121 della Costituzione, così come modificato dalla legge costituzionale 22 novembre 1999 n. 1, nella parte in cui attribuisce al Presidente della Giunta Regionale l'emanazione dei regolamenti regionali;

Visto l'art. 42, comma 2, lett.c) L. R. 2 maggio 2004, n. 7 "Statuto della Regione Puglia";

Visto l'art. 44, comma 2, L. R. 12 maggio 2004, n.7 "Statuto della Regione Puglia";

Vista la Delibera di Giunta Regionale n. 284 del 25/02/2013 di adozione del Regolamento;

## EMANA

Il seguente Regolamento:

## Art. 1

*Ambito di applicazione e quadro normativo*

Il D.Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii. all'art. 1 co. 6 definisce i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) che comprendono:

- *L'assistenza sanitaria collettiva negli ambienti di vita e del lavoro;*
- *L'assistenza distrettuale;*
- *L'assistenza ospedaliera.*

I LEA sono stati definiti con il **Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001**: "*Definizione dei Livelli essenziali di assistenza*".

La L.R. n. 25 del 3 Agosto 2006, l'art.14 co. 7 prevede: "*Sono svolte a livello distrettuale le attività di riabilitazione rivolte alla disabilità fisica, psichica e neurosensoriale tramite articolazioni periferiche della struttura sovra distrettuale della riabilitazione*".

Il "Piano d'Indirizzo per la Riabilitazione", approvato in Conferenza Stato-Regioni il 10 Febbraio 2011 e recepito dalla Regione Puglia con deliberazione di Giunta regionale 10 maggio 2011, n.933, riafferma l'importanza di attuare un coordinamento dipartimentale, quindi sovradistrettuale e sovraospedaliero, delle attività di Medicina Riabilitativa confermando quanto già previsto dalla L.R. n. 25 del 3 Agosto 2006.

Si tratta di un orientamento funzionale ampiamente confermato dagli atti normativi e di indirizzo della Regione Puglia.

Le Linee Guida per le attività di riabilitazione del 7 maggio 1998 hanno definito i seguenti principi cardine:

- la presa in carico globale della Persona con malattia;
- la valutazione del bisogno riabilitativo-assistenziale;
- l'elaborazione e l'implementazione del progetto riabilitativo individuale.

E' ormai evidente l'esigenza di rispondere ai nuovi bisogni attraverso interventi specifici che seguano un approccio culturale nuovo, basato su strumenti, metodologie e organizzazione che mettano al centro del Sistema la Persona nella sua totalità collocata all'interno della rete dei Servizi Sanitari e SocioSanitari.

Per rendere concreti i principi espressi attraverso le Linee Guida per le attività di riabilitazione è necessario individuare le funzioni di coordinamento, al fine di governare al meglio l'attività interdisciplinare e multiprofessionale ospedaliera e territoriale, anche attraverso la necessaria integrazione con i Servizi Sociali.

## Art. 2

*Il modello di riferimento*

Il riferimento culturale fondante è quello che pone al centro del sistema la persona con disabilità e la sua famiglia tra gli attori del progetto assistenziale, utilizzando *Percorsi Assistenziali integrati* attraverso lo strumento del *Progetto Riabilitativo Individuale* come elemento essenziale per attuare un intervento efficace e sostenibile.

Il modello è quello della presa in carico della persona nel suo complesso attraverso percorsi diagnostico-terapeutici che ne assicurano la continuità e l'appropriatezza delle cure evitando ridondanze e sovrapposizioni.

Si rende necessario, a tal fine, strutturare un'articolazione organizzativa che, secondo i principi del "Governo Clinico", garantisca il coordinamento di tutte le attività ambulatoriali e residenziali delle strutture pubbliche ospedaliere e territoriali e delle strutture accreditate.

L'ottimizzazione della funzione riabilitativa è affidata al **Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione** che, nell'assicurare la continuità delle cure, garantisce il percorso più sostenibile nel setting più appropriato nelle diverse fasi di cura, mirando al più rapido e completo reinserimento nel contesto individuale, familiare, ambientale e sociale.

## Art. 3

*La Mission*

**Il Dipartimento funzionale di Medicina Fisica e Riabilitazione** rappresenta lo snodo reale della *Clinical Governance* in quanto assume la funzione di Coordinamento del sistema riabilitativo in modo da assicurare i Livelli Essenziali di Assistenza (DPCM 29 novembre 2001 e s.m.i.) previsti all'interno dell'Area Distrettuale, nelle varie fasi della vita.

Il Dipartimento funzionale di Medicina Fisica e Riabilitazione, pertanto, negozia le risorse attraverso le Direzioni dei Distretti SocioSanitari, nonché le Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero al cui interno siano presenti le unità operative di medicina fisica e riabilitazione. Il Dipartimento assicura, altresì, le prestazioni nell'ambito del budget assegnato a seguito della suddetta procedura

di negoziazione e rendiconta annualmente sugli obiettivi assegnati.

Il Dipartimento elabora un documento condiviso tra i vari attori del sistema Riabilitativo in modo da costruire un codice etico per la tutela delle situazioni di maggiore criticità e un utilizzo equo delle risorse per il bene comune e vigila sul rispetto dello stesso.

Nello stesso documento deve essere individuato il fabbisogno a livello distrettuale e ospedaliero, nel rispetto del principio di prossimità delle cure e dell'assistenza, finalizzato anche alla contrattualizzazione (da parte della Direzione Strategica Aziendale) di strutture erogatrici da gestire a livello aziendale.

Tale documento concertato con i Direttori dei Distretti dell'Azienda è inserito nel Piano Attuativo Territoriale (P.A.T.) che viene approvato nell'ambito dei singoli Comitati dei Sindaci, istituiti nei distretti sociosanitari ai sensi della L.R. n. 25/2006.

## Art. 4

*Il Governo Clinico del Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione*

L'impegno prioritario del Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione a garanzia del governo clinico è centrato sulle seguenti funzioni:

- costruire progetti di struttura, di processo/percorso riabilitativo ordinati per dimensione e per gravità del bisogno di salute al quale rispondono;
- costruire interfacce tra i vari attori del sistema di riabilitazione;
- progettare e costruire i segmenti assenti o carenti dei PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali);
- orientare tutta l'organizzazione all'outcome e all'appropriatezza basata sull'EBM;
- monitorare, di concerto con gli ambiti distrettuali e con le Direzioni Sanitarie dei Presidi Ospedalieri, il mantenimento dei requisiti minimi di accreditamento (risk management per criticità di risorse, di struttura, organizzative e di processo).

Le attività di monitoraggio e controllo dell'appropriatezza delle prestazioni riabilitative sono espletate dall'Unità di Valutazione Appropriatezza Ricoveri e Prestazioni (UVARP) Aziendale.

La liquidazione delle fatture relative alle prestazioni, erogate da strutture Private accreditate, sarà effettuata a livello centrale aziendale dagli Uffici amministrativi competenti, previa validazione delle prestazioni effettuate dall' UVARP e dal Dipartimento.

Il Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione, attraverso il governo dei PDTA assicura la presa in carico e la continuità delle cure in tutte le fasi garantendo:

- la centralità della Persona e la condivisione del Progetto Riabilitativo e Assistenziale con la stessa e con i suoi familiari;
- l'accessibilità;
- la sostenibilità e l'appropriatezza del Progetto riabilitativo individuale e dei programmi attuativi;
- la globalità e la precocità degli interventi;
- l'Interdisciplinarietà e multi professionalità degli interventi;
- la continuità delle cure;
- l'integrazione socio sanitaria;
- la restituzione della persona al suo ambiente di vita.

Aspetti distintivi del Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione sono:

- **Transmuralità**, con superamento della dicotomia fra attività ospedaliere e territoriali;
- **Integrazione delle funzioni/attività sanitarie e sociali di riabilitazione**, con definizione e gestione unitaria del percorso di presa in carico (progetto riabilitativo individuale) dal momento della individuazione precoce della situazione disabilitante, fino alla fase della reintegrazione nella comunità e della eventuale gestione degli esiti non emendabili;
- **Continuità ospedale-territorio**, definendo le specifiche modalità di dimissione "protetta" all'interno dei protocolli curati dal Distretto SocioSanitario attraverso la Porta Unica d'Accesso (PUA) accompagnata da una valutazione di tipo multidimensionale, quando il bisogno è di natura sociosanitaria, in modo da assicurare la continuità degli interventi territoriali ed individuare, di concerto con il Coordinamento Socio Sanitario, le strutture necessarie a garantire una continuità assistenziale per i pazienti presi in carico;

- **Partecipazione** ai processi decisionali da parte degli utenti, degli amministratori e degli operatori (attraverso gli istituti previsti dalla normativa regionale);
- **Formazione**, in particolare per le competenze interprofessionali - disciplinari (non solo sul piano tecnico/scientifico, ma anche relazionale e gestionale);
- **Definizione e gestione** delle relazioni con gli altri sistemi organizzati dell'offerta socio-sanitaria e con le altre agenzie istituzionali e del terzo settore (mondo della scuola, lavoro, associazionismo, ecc.).

#### Art. 5

##### *Articolazione del Dipartimento di Medicina fisica e Riabilitazione*

In considerazione dell'attuale assetto normativo e regolamentare della Regione Puglia e dell'organizzazione sul territorio della funzione riabilitativa è opportuno costituire il Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione con funzioni di coordinamento clinico-funzionale di tutte le attività di riabilitazione.

Le Aziende Sanitarie e le Aziende Ospedaliere, al cui interno sono presenti le strutture riabilitative, costituiscono il Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione in modo da mettere in rete, su scala aziendale, i Presidi ospedalieri ed i Distretti Socio-Sanitari attraverso la funzione di Coordinamento.

Il Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione, pertanto, si connota per essere un dipartimento trasmurale ed interaziendale, ed è composto dalle seguenti strutture e dai servizi a valenza sovradistrettuale e/o aziendale pubblici:

- Unità operative di alta specialità (Unità Spinali Unipolari, Unità per le Gravi Cerebrolesioni acquisite e i Grandi Traumi Cranio-encefalici, Unità per le disabilità gravi in età evolutiva, Unità per la riabilitazione delle turbe neuropsicologiche acquisite);
- Unità operative di Medicina Fisica e Riabilitazione ospedaliere (DRG cod. 056 - 075 - 028);
- Unità operative di Lungodegenza ospedaliere (DRG cod. 060);
- Unità operative di Pneumologia riabilitativa territoriali ed ospedaliere;

- Unità operative di Cardiologia riabilitativa territoriali ed ospedaliere;
- Strutture di riabilitazione extraospedaliera\_Centro Risvegli;
- Presidi e/o Centri di Riabilitazione extraospedaliera ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale;
- Presidi ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale territoriali e ospedalieri;
- Servizio delle professioni sanitarie della riabilitazione;

Il Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione è articolato in una sistema organizzato di servizi che offrono assistenza riabilitativa nelle diverse fasi del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA), dall'acuzie fino al rientro al domicilio, e nelle diverse fasi della vita (età evolutiva, età adulta, età geriatria).

La struttura si integra nella rete complessiva dell'assistenza ospedaliera-territoriale attraverso nodi rappresentati da:

- Unità operative di alta specialità (Unità Spinali Unipolari, Unità per le Gravi Cerebrolesioni acquisite e i Grandi Traumi Cranio-encefalici, Unità per le disabilità gravi in età evolutiva, Unità per la riabilitazione delle turbe neuropsicologiche acquisite);
- Luoghi di degenza per acuti dove, contestualmente al ricovero, vengono avviati i percorsi riabilitativi e definiti i relativi progetti riabilitativi individualizzati;
- Strutture deputate ad attività di riabilitazione intensiva (di ricovero e cura, ospedaliere ed extraospedaliera);
- Strutture di riabilitazione estensiva, ospedaliere ed extraospedaliera, in regime ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale;
- Centri ambulatoriali di riabilitazione per la presa in carico del "caso complesso";
- Presidi ambulatoriali di medicina fisica e riabilitazione per la presa in carico del "caso non complesso";
- Attività di riabilitazione domiciliare;
- Strutture sociosanitarie di tipo residenziale e semiresidenziale;
- Articolazioni territoriali di cure primarie.

#### Art. 6

##### *Livelli Organizzativi del Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione*

L'organizzazione e la gestione del Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione é articolata su tre livelli:

- il Direttore del Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione, con funzione direzionale;
- il Comitato di Dipartimento con funzioni di indirizzo, programmazione e gestione delle attività del Dipartimento;
- i Dirigenti delle Strutture (Complesse e Semplici) di Medicina Fisica e Riabilitazione con funzione collegiale di programmazione ed organizzazione.

#### Art. 7

##### *La Direzione del Dipartimento*

La Direzione del Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione rappresenta il centro unitario di collegamento funzionale fra tutte le strutture sia pubbliche che accreditate per garantire livelli uniformi di assistenza e omogeneità di interventi sull'intero territorio regionale attraverso una rilevazione organica e comparabile dei bisogni di trattamento, e attraverso la definizione e progettazione integrata delle strategie di intervento.

La Direzione assolve inoltre le seguenti funzioni:

- collabora con la Direzione del Distretto SocioSanitario, con la Direzione dei Presidi ospedalieri all'individuazione degli obiettivi relativi alla programmazione delle attività nel settore della prevenzione, diagnosi e cura in ambito riabilitativo da proporre e negoziare con la Direzione Strategica della ASL;
- propone la formazione e la riqualificazione degli operatori del settore da inserire nei Piani Annuali aziendali.

La Direzione del Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione ha competenze professionali, tecnico-organizzative su tutto il territorio di riferimento della ASL, mentre restano attribuite alle singole strutture riabilitative insistenti sul territorio le competenze professionali e gestionali del proprio ambito territoriale.

## Art. 8

*Funzioni e Responsabilità  
del Direttore di Dipartimento*

Il Direttore del Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione è nominato dal Direttore generale tra i Direttori di Struttura Complessa di Medicina fisica e Riabilitazione, in possesso dei requisiti richiesti e resta in carica 3 anni rinnovabili.

Il Direttore del Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione è responsabile del raggiungimento degli obiettivi definiti dalla programmazione aziendale, individuati d'intesa con le Direzioni dei Distretti Socio Sanitari e negoziati con la Direzione Generale.

Al Direttore del Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione compete, in particolare:

- la predisposizione della proposta del programma delle attività annuale da inserire nei singoli Piani Attuativi Territoriali dei Distretti e dell'utilizzazione delle risorse disponibili negoziate con la Direzione del Distretto Socio Sanitario, committente nei confronti della Direzione Generale, con la quale negozia le risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti;
- Promozione delle attività di monitoraggio e verifica periodiche sulla qualità;

Per l'espletamento delle funzioni e degli obiettivi assegnati al Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione, il Direttore, si avvale delle figure professionali sanitarie, soprattutto quelle dell'area riabilitativa, ed amministrative necessarie.

## Art. 9

*Il Comitato di dipartimento*

Il Comitato di dipartimento rappresenta, unitamente al Direttore, l'organismo di direzione e coordinamento del dipartimento medesimo ed è presieduto dal Direttore.

Dura in carica tre anni ed è composto, a regime, dai:

- Direttori delle strutture di riabilitazione complesse costituenti il Dipartimento;
- Dirigenti delle strutture semplici di riabilitazione a valenza dipartimentale e non;
- Direttori di Distretto delegati al Tavolo Tecnico

Regionale dalle Conferenze Aziendali dei Distretti SocioSanitari (nominati ai sensi del Regolamento Regionale n. 6/2011 e s.m.i.);

- Direttori Medici delle macrostrutture ospedaliere che comprendono le U.O. di riabilitazione qualora le stesse non siano strutture complesse o semplici a valenza dipartimentale;
- Coordinatore Socio Sanitario convocato a richiesta;
- Dirigente UVAR convocato a richiesta;
- Dirigente del Servizio delle Professioni Sanitarie dell'Area della Riabilitazione;
- n. 2 Dirigenti appartenenti al Dipartimento eletti da tutti i dirigenti che non sono membri di diritto del Comitato;
- n. 2 Dirigenti Medici appartenenti alla rete riabilitativa extra-aziendale (IRCCS, Policlinici Universitari, Strutture Riabilitative Private accreditate) convocati a richiesta;
- Referente del personale infermieristico e/o tecnico-sanitario e/o riabilitativo del Dipartimento eletto da tutti i coordinatori appartenenti al comparto assegnati al dipartimento.

Le convocazioni del Comitato, con l'ordine del giorno, sono inviate per opportuna informazione al Direttore Sanitario aziendale che ha facoltà di partecipare alle riunioni o in prima persona o tramite un proprio delegato.

Il Comitato può essere convocato su richiesta di almeno 1/3 dei componenti e delibera con la maggioranza dei voti espressi. A parità di voto prevale il voto del direttore di dipartimento.

La seduta del Comitato è valida se è presente la metà più uno dei componenti. Le decisioni del Comitato sono valide, e pubblicate, se adottate a maggioranza.

In caso di impossibilità di procedere a votazione, il Direttore assume direttamente le decisioni necessarie, motivandole e assumendone le responsabilità.

Il Comitato è integrato a livello consultivo, nelle sedute in cui siano all'esame problematiche inerenti i rapporti con il territorio, da un rappresentante designato dai medici convenzionati che operano nel territorio (per l'azienda ospedaliera il territorio è quello dell'Azienda Sanitaria dove è collocata).

Il Comitato assume decisioni, nel rispetto delle direttive della direzione generale, sui seguenti argomenti:

- piano annuale delle attività;
- valuta, fornendo il proprio parere, le proposte del Direttore del Dipartimento, per l'utilizzazione degli spazi, attrezzature, orari delle attività e quindi del personale, le richieste dei beni e dei servizi, i programmi di formazione e aggiornamento, lo sviluppo di nuove attività, di riordino o di cessazione;
- sperimentazione ed adozione di modalità organizzative volte al miglioramento dell'efficienza e all'integrazione delle attività delle strutture del dipartimento per raggiungere il miglior servizio al costo più contenuto;
- coordinamento e sviluppo delle attività cliniche, di ricerca, di formazione, di studio e di verifica della qualità delle prestazioni;
- miglioramento dei livelli di umanizzazione dell'assistenza erogata all'interno delle strutture del dipartimento;
- stabilisce i modelli per la verifica e la valutazione della qualità dell'assistenza fornita;
- propone i piani di aggiornamento e riqualificazione del personale, programma e coordina le attività didattiche, di ricerca scientifica e di educazione sanitaria;
- valuta, altresì, ogni altra proposta o argomento che gli venga sottoposto dal Responsabile del dipartimento o dai singoli appartenenti al dipartimento stesso, in relazione ai problemi o eventi di particolare importanza.

#### Art. 10

##### *Integrazione con le Strutture Sanitarie e Sociali Aziendali e Extra-Aziendali*

L'attività del Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione si esplica attraverso una stretta interrelazione con le Strutture Aziendali, la cui attività maggiormente interagisce si integra con la stessa, in modo da poter individuare le specifiche competenze, le aree di integrazione, le risorse da utilizzare in relazione ai fabbisogni dell'utenza, nonché le

opportune modalità di verifica e controllo delle attività.

Il Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione progetta in modo condiviso e applica i protocolli ed i percorsi diagnostico-terapeutici idonei ad assicurare una risposta globale ed efficace alle richieste del cittadino utente.

Attraverso i protocolli diagnostico-terapeutici vengono fornite indicazioni di comportamento a cui gli operatori sanitari devono far riferimento.

Con la definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici vengono individuati e sviluppati gli interventi essenziali di cura della patologia con l'individuazione della tempistica delle attività necessarie, degli operatori chiamati ad erogarle e dei luoghi di erogazioni delle prestazioni.

In particolare, occorre assicurare rapporti di collaborazione con le seguenti strutture aziendali, di concerto con i Distretti Socio-Sanitari e con i Presidi ospedalieri:

- Aree Aziendali di supporto Tecnico e Amministrativo;
- Servizi di statistica ed Epidemiologia;
- Controllo di Gestione.

Gli interventi del Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione vanno inoltre integrati con gli Enti Locali nel settore dell'integrazione, con le modalità e i contenuti nei Piani di Zona gestiti dai singoli Distretti SocioSanitari, in modo da orientare gli stessi piani alla più ampia omogeneità.

Vanno altresì istituiti rapporti di collaborazione con tutte le associazioni di volontariato nel campo dell'assistenza ai disabili esplicate nel territorio aziendale.

Quest'ultimo passaggio è condizionato agli strumenti previsti dall'art. 6 della L.R. 25/2006 "*La partecipazione democratica dei cittadini*" che al comma 1 prevede l'istituzione del Comitato Consultivo Misto Aziendale (CCM) e al comma 5 ne stabilisce il funzionamento attraverso l'organizzazione ed i compiti.

Il presente Regolamento è pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia ai sensi e per gli effetti dell'art. 53 comma 1 della L.R.12/05/2004, n. 7 "Statuto della Regione Puglia".E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e farlo osservare come Regolamento della Regione Puglia.

*Dato a Bari, addì 4 marzo 2013*

**VENDOLA**

LEGGE REGIONALE 13 dicembre 2004, n. 23

**“Razionalizzazione e ammodernamento della rete distributiva dei carburanti”<sup>(1)</sup>.**

*(Testo coordinato con le modifiche apportate con le leggi regionali 4 dicembre 2012, n. 35 e 5 febbraio 2013, n. 6)*

**TITOLO I**

*Norme di indirizzo programmatico regionale di razionalizzazione e ammodernamento della rete distributiva dei carburanti*

**Capo I**

*Finalità e disposizioni generali, obiettivi e rinvii*

**Art. 1**

*Oggetto e finalità*

1. La Regione Puglia, con la presente legge e con i provvedimenti a essa collegati e successivi, disciplina gli indirizzi di programmazione per la razionalizzazione e l'ammodernamento della rete distributiva dei carburanti al fine di:

- a) migliorare l'efficienza e l'adeguatezza<sup>(2)</sup> complessiva del sistema distributivo;
- b) favorire il contenimento dei prezzi;
- c) garantire il servizio;
- d) incrementare anche qualitativamente i servizi resi all'utenza, in coerenza con le scelte effettuate dalla Regione in materia di assetto del territorio e di tutela dell'ambiente.
- d bis) promuovere la diffusione dei carburanti eco-compatibili<sup>(3)</sup>.

<sup>(1)</sup> Ai sensi dell'art. 81, Legge regionale 12 gennaio 2005, n. 1, le procedure previste dalla presente legge e gli effetti amministrativi rivenienti dalla stessa sono immediatamente applicabili ed efficaci in tutte quelle materie per le quali non si rinvia esplicitamente all'emanazione dei regolamenti.

<sup>(2)</sup> Parole inserite dall'art. 1, c. 1, lettera a), della Legge regionale 4 dicembre 2012, n. 35.

<sup>(3)</sup> lettera inserita dall'art. 1, c. 1, lettera b), della Legge regionale 4 dicembre 2012, n. 35.

**Art. 2**

*Articolazione dell'intervento regionale*

1. Fermo restando quanto previsto dal Codice della strada e dal relativo regolamento di attuazione, nonché dalle norme regolamentari stabilite dall'ente proprietario della strada, l'attuazione della presente legge avviene attraverso i seguenti regolamenti attuativi:<sup>(4)</sup>

a) rete stradale ordinaria contenente:

- 1) semplificazione delle procedure per l'apertura e modifica degli impianti;
- 2) definizioni delle zone omogenee comunali e indici di edificabilità;
- 3) definizione delle tipologie, dei requisiti tecnici e delle aree per la realizzazione degli impianti;<sup>(5)</sup>
- 4) criteri d'incompatibilità degli impianti;
- 5) determinazione orario omogeneo regionale;<sup>(6)</sup>
- 6) sviluppo delle attività commerciali integrative sugli impianti;
- 7) funzionamento del sistema informativo regionale della rete distributiva dei carburanti;
- [8] costituzione Commissione consultiva regionale carburanti;<sup>(7)</sup>
- 9) ogni altra disposizione necessaria per dare attuazione alla presente legge.

b) rete autostradale e raccordi autostradali contenente:

- 1) requisiti, modalità e procedure per il rilascio delle concessioni.
2. I regolamenti di cui al comma 1 sono adottati dalla Giunta regionale entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentite le rappresentanze degli enti locali, le organizzazioni regionali rappresentative dei consumatori, dei gestori, delle imprese del settore e le organizzazioni sindacali di categoria.<sup>(8)</sup>

<sup>(4)</sup> Alinea sostituita dall'art. 2, c.1, lettera a), della Legge regionale 4 dicembre 2012, n. 35.

<sup>(5)</sup> Numero così sostituito dall'art. 2, c.1, lettera b), della Legge regionale 4 dicembre 2012, n. 35.

<sup>(6)</sup> Numero così sostituito dall'art. 2, c.1, lettera c), della Legge regionale 4 dicembre 2012, n. 35.

<sup>(7)</sup> Numero abrogato dall'art. 2, c.1, lettera d), della Legge regionale 4 dicembre 2012, n. 35.

<sup>(8)</sup> Parole sostituite dall'art. 2, c.1, lettera e), della Legge regionale 4 dicembre 2012, n. 35.