



pag. 1

ADUNANZA N. 222      LEGISLATURA N. IX

delibera  
149

## L'INCARICATO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

OGGETTO: Art. 24, comma 2, l.r. n. 20/2001. Approvazione dello schema di protocollo d'intesa tra la Giunta regionale, gli enti del Servizio Sanitario Regionale e le confederazioni sindacali CGIL CISL e UIL.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio riportato in calce alla presente deliberazione predisposto dal Servizio sanità dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

VISTA la proposta del dirigente del Servizio Sanità che contiene il parere favorevole di cui all'articolo 16, comma 1, lettera d) della legge regionale 15 ottobre 2001, n. 20 sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica nonché l'attestazione che dalla presente deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa aggiuntivo a carico del bilancio della regione;

VISTO l'articolo 28 dello statuto della regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata a pagina 1

D E L I B E R A

- di approvare lo schema di protocollo d'intesa tra la Giunta regionale, gli enti del Servizio Sanitario Regionale e le confederazioni sindacali CGIL CISL e UIL di cui all'allegato A, che costituisce parte integrante del presente atto;
- di stabilire che le risorse economiche necessarie per l'attuazione del protocollo d'intesa trovano copertura nell'ambito di quelle individuate con deliberazione n. 1750 del 27 dicembre 2013 concernente l'autorizzazione agli enti del SSR ed al DIRMT alla gestione provvisoria dei rispettivi bilanci economici preventivi per l'anno 2014, ferma restando la possibilità di utilizzare la quota che verrà assegnata alla regione Marche ai sensi dell'articolo 1, comma 200, della legge n. 147/2013 in relazione al riparto delle risorse incrementali del Fondo per le non autosufficienze;
- di autorizzare il Presidente della Giunta regionale, l'Assessore alla Salute, il dirigente del Servizio sanità ed i Direttori Generali degli enti del Servizio Sanitario Regionale alla sottoscrizione dello stesso protocollo.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

Elisa Moroni

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA

Gian Mario Spacca



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

L'articolo 24 della legge regionale 15 ottobre 2001, n. 20 stabilisce che il sistema delle relazioni sindacali è definito dai contratti collettivi nazionali e decentrati integrativi. Al comma 2 prevede che salvo quanto previsto dai contratti collettivi, le procedure e le modalità di svolgimento della partecipazione sindacale nell'ambito regionale sono definite da appositi protocolli d'intesa.

L'articolo 1, comma 200, della legge 27 dicembre 2013, n. 147 recante: "Disposizioni per la formazione del Bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2014)", all'articolo 1, comma 200, stabilisce che il Fondo per le non autosufficienze di cui all'articolo 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 è ulteriormente incrementato di 75 milioni di euro per l'anno 2014, da destinare esclusivamente, in aggiunta alle risorse ordinariamente previste dal predetto Fondo, in favore degli interventi di assistenza domiciliare per le persone affette da disabilità gravi e gravissime, ivi incluse quelle affette da sclerosi laterale amiotrofica.

La Giunta regionale, con deliberazione n. 1750 del 27 dicembre 2013, ha già autorizzato gli enti del SSR e il DIRMT alla gestione provvisoria dei rispettivi bilanci economici preventivi per l'anno 2014, definendo l'ammontare dei costi autorizzati per lo stesso anno, sulla base della correlata stima delle risorse del Fondo Sanitario Nazionale relative alla medesima annualità.

Il processo di riorganizzazione degli enti del Servizio Sanitario regionale impone la definizione e l'attuazione di interventi specifici, che possono richiedere anche finanziamenti incrementali, in quota parte ricopribili dalle azioni di riduzione conseguenti al processo di riordino delle reti cliniche e alla razionalizzazione complessiva di alcune voci di spesa, in attuazione della normativa nazionale in materia di coordinamento della spesa pubblica.

In tale contesto sussiste dunque la necessità di assicurare la condivisione dell'intero percorso con le parti sociali, a garanzia dell'efficientamento del sistema e del miglioramento degli specifici obiettivi di salute sottesi. Con la finalità dunque di individuare azioni condivise per l'attuazione del processo di riorganizzazione sanitaria e sociosanitaria, le confederazioni sindacali CGIL CISL e UIL hanno richiesto la costituzione di uno specifico tavolo regionale per la definizione di un protocollo d'intesa.

Al riguardo si sono tenuti diversi e specifici incontri tra l'Assessore alla Salute, il Dirigente del Servizio Sanità, i Direttori generali degli Enti del Servizio Sanitario Regionale e le Confederazioni sindacali CGIL CISL e UIL, al cui esito è stato elaborato il documento di cui all'allegato A, che costituisce parte integrante del presente atto.

Lo stesso documento, identificabile come protocollo programmatico, rientra nell'ambito applicativo del comma 2, dell'articolo 24 della legge regionale n. 20/2001 e concerne diverse tematiche. In particolare riguarda: le risorse umane, la rete ospedaliera, la rete territoriale e dell'integrazione socio-sanitaria, la rete territoriale di soccorso, la mobilità passiva e le liste di attesa, la prevenzione, i contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in sanità, la sanità privata e le modalità di partecipazione sindacale.

Il testo è stato definitivamente convenuto tra le parti partecipanti al tavolo in data 3 febbraio 2014.

Le risorse economiche necessarie per l'attuazione del protocollo, per le parti aggiuntive rispetto a deliberazioni già attuative del processo di razionalizzazione del sistema sanitario regionale e a deliberazioni di approvazione di accordi specifici ancora in fase di definizione e comunque propedeutici all'attuazione degli obiettivi fissati dallo stesso protocollo, trovano copertura nell'ambito delle risorse individuate con deliberazione n. 1750/2013, ferma restando la possibilità di utilizzare la quota che verrà assegnata alla regione Marche ai sensi dell'articolo 1, comma 200, della legge n. 147/2013.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Per le ragioni evidenziate, si propone alla Giunta regionale l'adozione della presente deliberazione.

Il responsabile del procedimento  
Piero Ciccarelli

PROPOSTA E PARERE DEL DIRIGENTE DEL SERVIZIO SANITA'

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica e sotto il profilo della legittimità della presente deliberazione.

Attesta inoltre che dalla presente deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa aggiuntivo a carico del bilancio della regione.

Il Dirigente del Servizio  
Piero Ciccarelli

La presente deliberazione si compone di n. <sup>13</sup> pagine, di cui n. 8 pagine di allegati che formano parte integrante della stessa.

Il Segretario della Giunta  
Elisa Moroni

## **Schema di Protocollo programmatico relativo al processo di riorganizzazione in campo sanitario e socio-sanitario**

**Tra la Giunta regionale, le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario regionale e le Confederazioni sindacali Cgil-Cisl-Uil si conviene quanto segue:**

### **Premessa generale**

Si valuta come imprescindibile la riconferma degli obiettivi generali del PSSR 2012-14 ed in particolare la riorganizzazione dell'offerta dei servizi socio-sanitari che razionalizzi la rete ospedaliera, garantisca il rispetto dei livelli essenziali con particolare riguardo all'assistenza socio-sanitaria e alla rete della non autosufficienza, rafforzi i programmi di prevenzione, riorganizzi le cure primarie in particolare attraverso l'avvio delle Case della salute, aumenti l'appropriatezza delle prestazioni anche al fine di ridurre le liste di attesa e la mobilità passiva e favorisca la promozione della partecipazione.

I tagli ai trasferimenti nazionali realizzati a seguito dalle manovre ex decreto legge 6 luglio 2012 n. 95/2012, convertito in L. 7 agosto 2012 n. 135 e L. 228/2012 e i nuovi vincoli in materia sanitaria imposti dalla normativa nazionale (posti letto, UOC, beni e servizi, frammentazione ospedaliera, ecc) hanno determinato il vincolo di ridurre ulteriormente l'offerta ospedaliera attraverso la sua riqualificazione e di accelerare ed incrementare il contenimento della spesa, rendendo più difficile la contestualità fra tagli e investimenti nel processo di riorganizzazione.

Le recenti disposizioni normative statali in materia di contenimento della spesa del personale (articolo 2, commi 71, 72 e 73, della legge 23 dicembre 2009 n. 191 - legge finanziaria 2010 e articolo 15, comma 21, del decreto legge 6 luglio 2012 n. 95 convertito nella legge 7 agosto 2012, n. 135 - Spending review), impongono manovre di riduzione dei costi del personale che diventano requisito di certificazione di adempienza nell'ambito della verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'intesa 23 marzo 2005, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, a decorrere dall'anno 2015.

La manovra di risanamento 2010-13, ha permesso di centrare gli obiettivi imposti dalle norme nazionali.

Le misure di razionalizzazione imposte relativamente alla rete ospedaliera, su molti aspetti delle quali è emersa una diversità di giudizio, hanno lo scopo di rafforzare il processo di riconversione potenziando l'attività delle reti territoriali, dell'integrazione socio-sanitaria e della prevenzione.

Le risorse umane e finanziarie che si sono già liberate e si libereranno con l'implementazione delle misure di razionalizzazione previste (riduzione posti letto, UOS e UOC, riorganizzazione delle reti cliniche, centrale unica degli acquisti) oltre a garantire il mantenimento dell'equilibrio economico, verranno prioritariamente destinate a sostenere il rafforzamento o la creazione dei servizi extra-ospedalieri, ad iniziare dalle misure previste dal presente verbale, in particolare a quelli legati alle Case della salute e alla prossimità di cure.

Al riguardo la Regione si impegna a destinare specifiche risorse nel corso del 2014 anche a nuovi possibili modelli sperimentali che implementino l'offerta di servizi a livello delle cure primarie e valorizzino appieno il ruolo del MMG, con riferimento alle Case della Salute.

### **Risorse umane**

I processi riorganizzativi e la qualificazione dell'offerta dei servizi sanitari e sociali possono essere conseguiti solo garantendo la partecipazione e la valorizzazione del personale impiegato in questi servizi.

Le parti, condividono l'obiettivo di rafforzare e rendere più efficaci le relazioni sindacali ed il confronto su questi processi, ad iniziare dal ruolo fondamentale delle RR.SS.UU. e delle strutture territoriali di categoria, favorendo un adeguato e sostanziale decentramento delle relazioni, nel rispetto di quanto previsto dai CCNL e dalla L.R. 13/03.

Con le Federazioni di categoria, in apposito Tavolo di confronto, andranno quindi definite le modalità con cui rafforzare e migliorare il confronto e la contrattazione, e come utilizzare gli spazi e le risorse della contrattazione decentrata per accompagnare la riorganizzazione e migliorare la qualità dei servizi.

I tagli operati sui livelli occupazionali e sulla spesa del personale nell'ultimo biennio nel rispetto di quanto previsto dalle norme nazionali sono stati significativi, tali da mettere in difficoltà la gestione di diverse attività. Pertanto la Regione si impegna a:

- garantire per l'anno 2014 la copertura del turn over del personale a tempo indeterminato per tutte le figure professionali legate, direttamente o indirettamente, all'assistenza in ogni Area Vasta e Azienda Ospedaliera, in coerenza con il piano di riorganizzazione dell'attività degli enti del SSR in atto;
- procedere all'utilizzo delle graduatorie di pubblico concorso a tutt'oggi valide in base alla vigente legislazione nazionale, per la copertura dei posti vacanti nelle dotazioni organiche degli Enti del SSR con priorità alle figure professionali di cui sopra;
- procedere sulla base delle norme vigenti alla proroga dei contratti di lavoro a termine in scadenza fino all'entrata in vigore del DPCM ai sensi dell'art. 4 comma 10 del decreto legge 31 agosto 2013 n. 101 convertito in legge 30 ottobre 2013 n. 125 al fine di garantire i livelli qualitativi/quantitativi delle prestazioni, nel rispetto del tetto di spesa di cui al punto che segue;
- contenere la spesa dei rapporti di lavoro flessibile di cui all'articolo 9, comma 28, del decreto legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito in legge 30 luglio 2010 n. 122, nel limite massimo di riduzione della spesa del 30% rispetto al 2009 anziché del 50%;
- concordare con le OO.SS. di categoria, anche in relazione all'entrata in vigore della normativa nazionale in materia di stabilizzazione del personale precario delle pubbliche amministrazioni, un percorso di stabilizzazione del personale precario del Servizio sanitario regionale, ivi compreso il completamento delle procedure di riduzione dei rapporti di lavoro flessibile di cui alla DGR n. 137/2013 ;
- garantire specifiche risorse, su progetti condivisi tra le parti, per accompagnare il processo di riorganizzazione e gestire anche la mobilità professionale e territoriale ad esso collegata mediante il completamento delle necessarie azioni nelle Aree vaste allo scopo di uniformare le modalità d'intervento nei territori.
- Confermare quanto previsto nell'Accordo regionale del 24 marzo 2011 sulla Mobilità territoriale degli operatori, recepito con DGR n. 698/2011.

### **Rete ospedaliera**

La riconversione degli ospedali di polo ha ridotto la frammentazione della rete ospedaliera ma, considerando i tempi e le modalità con cui si è dovuto procedere, è necessario monitorare l'intero processo di riordino dei posti letto e delle reti cliniche nelle Aree Vaste, geograficamente intese, e a livello regionale. Fermo restando le riserve evidenziate dalle OO.SS. sul metodo adottato, con l'introduzione effettiva della logica delle reti cliniche sarà possibile diversificare i percorsi aggregando volumi di attività specificatamente per tipi di patologia dove i volumi minimi di attività pregiudicano il risultato clinico assistenziale finale.

In particolare si concorda di realizzare un confronto periodico con le organizzazioni sindacali, per valutare sia lo stato di applicazione sia l'impatto sul livello assistenziale del nuovo assetto, anche al fine della manutenzione annuale del percorso di riordino previsto dalla DGR 1345/2013.

## **Rete territoriale e dell'integrazione Socio-sanitaria**

### **a) Case della salute-cure primarie**

- Nella Casa della Salute (CdS) si individua il luogo principale del sistema di cure primarie all'interno del quale realizzare l'integrazione fra rete ospedaliera e territorio, fra politiche della salute e politiche sociali e realizzare la "sanità d'iniziativa".
- La Regione sta predisponendo, anche attraverso il confronto con le OO.SS., gli standard assistenziali delle CdS, ripartiti per bassa, media ed alta complessità.
- A questi standard vanno adeguate le 11 strutture attualmente operanti, le strutture previste con la riorganizzazione dei piccoli ospedali, nonché le strutture di nuova realizzazione, definendone la ripartizione per complessità assistenziale, e per le nuove strutture, anche la loro localizzazione, garantendo un equilibrio nella distribuzione territoriale in rapporto al fabbisogno.
- La rete delle CdS, essendo indispensabile per garantire l'appropriatezza delle prestazioni ed esercitare anche un ruolo di filtro rispetto alla ospedalizzazione ed al Pronto soccorso, deve coinvolgere tutto il territorio regionale e quindi le CdS andranno realizzate anche nei centri urbani più grandi.
- Il dimensionamento delle CdS nel triennio pertanto sarà:
  - 11 strutture esistenti adeguate agli standard (elenco)
  - 13 strutture derivanti dalla riconversione dei piccoli ospedali (DGR 735/2013)
  - almeno 12-15 strutture da realizzare ex novo, in modo da assicurare la presenza in ogni Distretto, di CdS di vario tipo, in rapporto al fabbisogno individuato e nel rispetto di un'armonica distribuzione delle CdS stesse nel territorio.

Al riguardo si prevede che entro il 30 giugno 2014 sarà definito un apposito programma di dimensionamento relativo all'insieme delle strutture, che preveda l'individuazione di almeno due nuove CdS nei territori attualmente meno coperti e l'avvio dell'attivazione entro il 31 dicembre 2014.

- Fondamentale rimane la definizione delle nuove modalità di collaborazione con i MMG che il nuovo sistema presuppone, l'individuazione dei PUA in ogni realtà territoriale e la definizione dei PDTA per una corretta presa in carico dei bisogni del paziente che potrà validamente essere attuata fino in fondo attraverso l'adozione di un nuovo modello di prossimità di cure, in grado di offrire maggiore protezione alle fragilità, migliorando la qualità della vita in particolare della popolazione anziana in un'ottica di "longevità attiva".

A tal fine la Regione s'impegna a costituire un apposito Gruppo di lavoro che, entro il 30/6/2014, metta a punto un Piano di fattibilità degli interventi in materia.

### **b) Residenzialità e semi-residenzialità, domiciliarità**

- Si riconferma l'obiettivo di rafforzare e qualificare i servizi territoriali, in particolare tenendo conto dell'evoluzione della domanda (invecchiamento della popolazione e crescita della non-autosufficienza) attraverso l'integrazione tra i diversi livelli assistenziali e tra servizi sanitari e sociali.
- In questo quadro la Regione, sulla base del materiale predisposto, provvederà a:
  - attivare appositi Tavoli di lavoro finalizzati alla definizione della "Disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio ed accreditamento istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati" e al confronto operativo sui relativi regolamenti attuativi approvare. Al fine di adeguare alle rilevate nuove necessità il sistema di assistenza residenziale e semiresidenziale, potranno essere ridefiniti entro il 30/06/2014, i requisiti di autorizzazione ed accreditamento sulla base delle norme vigenti;
  - definire il sistema tariffario per le tipologie di residenzialità e semiresidenzialità di cui alle DDGGRR 1011/13 e 1195/13, alla luce di

- specifici approfondimenti sulle linee in essa ipotizzate, nei Tavoli di cui al punto precedente;
- approntare l'Atto di fabbisogno per le strutture di accoglienza residenziale e semi-residenziale delle aree sanitarie, socio-sanitarie e sociale;
  - definire gli standard assistenziali e organizzativi, attraverso un atto di aggiornamento della DGR 606/2001, e l'Atto di fabbisogno, inteso come tassi di intervento attesi, per l'Assistenza domiciliare integrata.
- Nella logica di riequilibrio tra le Aree vaste e tra i Distretti le parti condividono di realizzare nel 2014 i seguenti obiettivi di rafforzamento delle attività:
    - adeguamento dei livelli di assistenza in essere ai livelli standard previsti per quanto concerne i minuti medi di assistenza e le tariffe, dalle DDGRR 1493/08 e 1230/10 di recepimento dei relativi accordi sindacali;
    - l'ASUR, previa verifica della concreta traduzione degli impegni a carico degli Enti gestori, precisati nelle convenzioni stipulate in attuazione delle sopracitate delibere, anche relativamente all'abbassamento delle rette a carico dei degenti, procede alla copertura delle quote economiche di sua pertinenza. Per il 2013 la copertura è garantita nei termini e nelle modalità di cui ad apposita intesa che recepisca l'accordo tra Regione e OO.SS. del 13 dicembre 2013; la copertura in ogni caso è garantita a tutte le strutture a partire dall'1 gennaio 2014 in coerenza con quanto stabilito dal citato Accordo tra Regione e OO.SS.;
    - convenzionamento di ulteriori 200 posti di Residenze Protette per Anziani rispetto alla situazione attuale;
    - attivazione di ulteriori 150 posti (tra residenzialità e semiresidenzialità) nel rispetto del rapporto tra le esigenze rilevate tra le varie aree di intervento (anziani, disabilità, salute mentale, dipendenze, minori, adulti, altri) per ulteriori 1.800.000 €;
    - attivazione di posti letto per disabili psichici necessari a recuperare l'attuale mobilità passiva nel settore, stimabili in circa 100;
    - potenziamento del servizio ADI, attraverso l'adeguamento dei servizi a livello Distretto-ATS/Area Vasta agli standard organizzativi ottimali di cui alle indicazioni AGENAS (rieperate nella tabella allegata). L'ASUR fornirà un crono programma descrittivo di tale potenziamento entro il 31/03/2014, comprensivo delle risorse umane/finanziarie e delle dotazioni strumentali che saranno investite per tale adeguamento; entro la stessa data sarà definito l'ammontare aggiuntivo rispetto alle risorse previste con DGR 1750/2013 "Autorizzazione agli Enti del SSR e DIRMT alla gestione provvisoria dei rispettivi bilanci economici preventivi per l'anno 2014".
    - la Regione si impegna, in attuazione a quanto stabilito dalla DGR 1195/2013 ed in coerenza con l'Accordo siglato il 13 dicembre 2013 tra Regione e OO.SS., a valutare l'impatto sull'utente della nuova ripartizione degli oneri all'interno delle rette per le prestazioni socio-sanitarie, diurne e residenziali, tra quota sanitaria e quota sociale e ad intervenire per coprire i maggiori oneri, con propri fondi aggiuntivi, laddove si verificassero variazioni a carico dell'utente a favore delle famiglie con reddito basso e medio, sulla base dell'indicatore ISEE, con modalità che saranno definite dalla Regione, previo confronto con le OO.SS..

*c) Servizi distrettuali*

I Direttori di Area Vasta provvederanno alla nomina dei direttori dei distretti sanitari entro il 28/02/2014.

La Regione, entro il 30/06/2014, effettuerà un monitoraggio sul livello di servizi distrettuali (poliambulatori, consultori, unità multidisciplinari, dipendenze, ecc.) erogati nelle diverse realtà della regione. Il risultato sarà oggetto di valutazione comune finalizzata a rafforzare



quelle attività carenti rispetto al livello di erogazione congiuntamente definito in coerenza con il PSSR e i livelli essenziali di assistenza.

*d) Ambiti/distretti*

Considerando la diversa articolazione territoriale dei Distretti sanitari e degli Ambiti territoriali sociali, e considerando decisiva l'integrazione socio-sanitaria a partire dai territori, la Regione definirà le modalità operative per garantire questa integrazione, attraverso l'emanazione degli atti previsti dal PSSR 2012-2014. Le Parti ritengono che l'individuazione degli ambiti territoriali omogenei per la gestione associata dei servizi e delle funzioni dei Comuni marchigiani possa rappresentare la condizione per un riassetto più organico ed omogeneo dell'insieme di queste attività.

In tale ambito va garantito il ruolo attivo nella programmazione dell'attività dei Comitati dei Sindaci.

**Rete territoriale di soccorso**

La Regione si impegna ad investire sulla rete territoriale di soccorso tenendo in debita considerazione la rete dell'emergenza urgenza garantendo il rispetto delle DGR 735/2013 e DGR 320/2013, nonché della legge regionale 17/2013, prevedendo in particolare:

- un adeguato percorso di formazione continua di tutti gli addetti;
- l'incremento tendenziale della quota degli operatori dipendenti dal servizio;
- un monitoraggio delle attività svolte dalle attuali POTES finalizzato a garantire il rispetto degli standard qualitativi attesi;
- il graduale adeguamento del parco auto dei mezzi di Soccorso;
- il confronto sul passaggio degli operatori della Centrale unica 118 all'ASUR.

**Mobilità passiva e liste d'attesa**

***Mobilità Passiva***

Le parti condividono l'obiettivo del contenimento della mobilità passiva, affinché si riduca il disagio per l'utenza e si contengano i costi per il sistema. Tale obiettivo va perseguito sia qualificando e rafforzando l'offerta di prestazioni il cui costo in house sia più conveniente e per le quali è più frequente l'utilizzo di strutture extra-regionali, sia limitando l'inappropriatezza nelle prescrizioni.

La Regione ha avviato un costante monitoraggio sul fenomeno e si impegna a portarlo al tavolo di confronto in maniera periodica rafforzando le prestazioni appropriate rispetto alle quali emergerà una carenza nell'offerta. A tal fine, con l'avvio delle reti cliniche, che garantiscono expertise dei professionisti nelle situazioni di particolare criticità (es. interventi di cardio-chirurgia; chirurgia oncologica) si prevede di migliorare l'offerta presente nel territorio attraverso la concentrazione e differenziazione dei percorsi clinico-assistenziali.

Per il raggiungimento del miglioramento del saldo di mobilità si prevede anche la regolamentazione della partecipazione del privato accreditato.

Le parti s'impegnano a definire misure finalizzate a regolamentare l'esercizio della libera professione da parte di professionisti di altre regioni nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia e a condizioni paritarie di accesso.

***Liste d'attesa***

Il fenomeno delle liste d'attesa, per diverse prestazioni sanitarie, sta determinando forti disagi alla popolazione ed un ricorso crescente a prestazioni a pagamento fuori del SSN, condizione ingiusta per tutti i cittadini marchigiani e che penalizza in particolare le fasce economicamente più deboli della popolazione.

La Regione metterà a disposizione delle Parti i dati di monitoraggio per l'evidenziazione del fenomeno e la sua evoluzione, verificando anche il rapporto fra l'attività istituzionale e quella intramoenia utilizzando anche i dati e le attività svolte nel Tavolo di lavoro regionale previsto nella

DGR n.1 del 07/01/2014 "Linee di indirizzo per il Governo dell'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per la garanzia del rispetto dei Tempi massimi di attesa."

Per contribuire alla riduzione del fenomeno la Regione interverrà per contrastare l'inappropriatezza nelle prescrizioni, responsabilizzando i professionisti e regolamentando i rapporti con le Regioni limitrofe.

Per valutare le prescrizioni codificate come previste nel Piano nazionale (U-Urgente, B-Breve, D-Differita, P-Programmata) e l'appropriatezza prescrittiva verrà costituito un Gruppo di lavoro che le analizzi nel dettaglio e stabilisca quali modalità di sanzionamento apportare nei casi di richieste certamente non appropriate o di evidenti distorsioni organizzative, anche in raccordo con le indicazioni del Tavolo regionale di cui alla DGR 1 del 7/1/2014.

Per le prestazioni specialistiche appropriatamente richieste e non soddisfatte nei tempi (U, B, D, P), verrà incrementata l'offerta attraverso un aumento dei tempi di utilizzo delle strumentazioni diagnostiche e, in subordine, l'utilizzo dell'attività intramoenia richiesta dall'azienda ai professionisti in funzione della riduzione dei tempi di attesa, utilizzando a tal fine anche parte delle risorse a disposizione della contrattazione di secondo livello.

Il contenimento delle liste di attesa va attuato in raccordo con i professionisti sanitari (MMG, PLS, Medici dipendenti e specialisti ambulatoriali).

Si prevede un confronto periodico con le OO.SS. per valutare l'andamento di questi fenomeni e per predisporre eventuali azioni correttive. In tale contesto verrà monitorata anche l'attività, l'efficacia ed il grado di implementazione del sistema Cup.

### **Prevenzione**

Preso atto che la Regione ha emanato la DGR n.1287/2013 "Indirizzi all'ASUR per l'adeguamento dei Dipartimenti di Prevenzione alla L.R. 20/06/2003 n.13" l'ASUR, in applicazione della stessa, avvierà il processo di rafforzamento delle attività dei Dipartimenti di Prevenzione, nelle varie articolazioni, in particolare per quanto concerne il personale impiegato, con l'obiettivo di migliorare l'offerta della prevenzione collettiva, previa verifica dei fabbisogni e delle risorse disponibili.

Relativamente all'impegno, già esplicitato in DGR, di raggiungere l'effettiva assegnazione ed utilizzo del 5% del Fondo Sanitario Regionale per l'area della prevenzione collettiva nei tempi indicati dal PSSR vigente, la Regione e l'ASUR si impegnano a definire i costi imputabili alla macro area della Prevenzione Collettiva, nonché a definire il relativo crono programma attraverso un confronto in apposito tavolo congiunto.

Al fine di sostenere il percorso di rafforzamento delle attività sopra indicate le parti concordano come modalità efficace, già sperimentata, quella del vincolo di una quota parte del Fondo Sanitario Regionale da destinare a programmi prioritari a valenza regionale/nazionale e/o a sostegno di funzioni con maggiore fragilità organizzativa, e da monitorare mediante un percorso di rendicontazione specifico.

Le parti considerano importante la collaborazione fra Regione, parti sociali, organismi bilaterali, ed altri Enti preposti alla prevenzione ed alla sicurezza nei luoghi di lavoro, dando continuità alle attività in corso, valorizzando il ruolo dei Tavoli già costituiti ed operanti, rafforzando la rete fra i diversi soggetti, anche come obiettivo della riorganizzazione in atto.

Per potenziare e qualificare l'attività di prevenzione si ribadisce l'importanza dell'utilizzo delle risorse, aggiuntive, derivanti dalle sanzioni amministrative, da impiegare per le attività previste dalla vigente normativa nazionale e regionale.

### **SUAM e appalti**

L'istituzione della Stazione Unica Appaltante della Regione Marche costituisce una iniziativa di assoluta rilevanza per la molteplicità dei risultati che la stessa può offrire nel settore dei contratti pubblici che interessano il Servizio Sanitario Regionale.



La Legge regionale n.12 del 14 maggio 2012, istitutiva della SUAM, già definisce, all'art.1, gli obiettivi che debbono essere perseguiti:

- Efficacia, efficienza ed economicità nell'espletamento delle procedure contrattuali;
- Imparzialità, trasparenza e regolarità delle procedure contrattuali;
- Prevenzione del rischio di infiltrazioni mafiose;
- Rispetto della normativa in materia di sicurezza sul lavoro.

La DGR 1670/2012 ha dato formalmente avvio alla fase sperimentale delle attività della SUAM: sono state quindi definite (DGR 649/2013) le prime procedure di gara che devono essere condotte e che hanno per oggetto beni standardizzabili e di bassa complessità tecnica.

Conclusa positivamente la fase di sperimentazione, l'obiettivo ulteriore è quello di concentrare in una struttura altamente specializzata l'acquisizione anche di quei beni (*in primis* dispositivi medici e dispositivi impiantabili) di alta complessità tecnica, oggi gestiti separatamente da ciascun ente sanitario della Regione.

L'ulteriore sviluppo consentirà, oltre alla semplificazione di adempimenti e procedure, di innalzare il potere contrattuale degli enti del servizio sanitario regionale anche in tali settori, garantendo risultati in ordine all'approvvigionamento di beni di alta qualità tecnica, al miglior prezzo di mercato.

Le parti, nel comune interesse di tutelare gli utenti, la qualità dei servizi, i livelli occupazionali e i diritti dei lavoratori, convengono che, laddove possibile nel rispetto delle normative vigenti, nelle procedure d'appalto per la fornitura di servizi venga privilegiato il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa.

#### ***Aggiudicazione con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa***

Relativamente alle procedure di appalto nelle quali l'aggiudicazione avviene con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, le parti concordano che venga rispettato il valore economico offerto adeguato e sufficiente al rispetto al costo del lavoro, come determinato, sulla base dei valori economici dei contratti collettivi di lavoro, nazionali ed integrativi, sottoscritti dalle associazioni sindacali comparativamente più rappresentative, nonché le norme in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro e le norme in materia previdenziale ed assistenziale dei diversi settori merceologici e delle differenti aree territoriali. Pertanto in sede di verifica dell'offerta, si procederà alla valutazione dell'adeguatezza dell'offerta rispetto al costo del lavoro. Pur non contemplando il D.Lgs. 163/2006 alcun obbligo a carico dei concorrenti di corredare le offerte sin dalla loro presentazione delle giustificazioni in ordine al costo del lavoro, si ritiene che, sia da introdurre tale previsione. Ai concorrenti sarà quindi richiesto di presentare fin da subito le dovute giustificazioni in ordine al fatto che il valore economico offerto sia adeguato e sufficiente rispetto al costo del lavoro.

#### ***Aggiudicazione con il criterio del prezzo più basso***

Nel caso di aggiudicazione con il criterio del prezzo più basso, si procederà alla verifica dell'adeguatezza del prezzo offerto determinato come specificato nel paragrafo che precede.

La Regione si impegna a ripristinare il Tariffario regionale per le cooperative sociali adottando una apposita deliberazione entro il 31/03/2014.

Si conviene di effettuare una verifica complessiva delle attività attualmente esternalizzate per accertarne le condizioni qualitative ed economiche, intervenire sulle situazioni critiche e verificare anche se esistono le condizioni per favorire processi di reinternalizzazione delle attività che garantiscono servizi e prestazioni di assistenza sanitaria alla persona, limitando il ricorso alle esternalizzazioni alle sole attività di supporto, valutandole comunque in termini di costi efficienza ed efficacia.

In particolare si concorda sulla necessità di procedere alla reinternalizzazione di tutte quelle attività "core" che si richiamano a compiti istituzionali rilevanti e che sono funzionali al raggiungimento dei LEA, in ogni area delle aziende sanitarie nel rispetto dei vincoli imposti dalle normative statali. A tale scopo occorrerà procedere ad una ricognizione tale da consentire l'individuazione delle attività preminenti da reinternalizzare con relativo assorbimento del personale in esse impegnato e quelle per le quali si procederà con diversa gradualità.

Nella gestione delle risorse finanziarie per l'acquisto di servizi, nell'ottica di un contenimento dei costi da realizzarsi attraverso economie di scala ed eliminazione dei consumi superflui, la Regione terrà conto dell'esigenza di salvaguardare il livello e la qualità dei servizi erogati ai cittadini e garantire l'occupazione per i lavoratori impiegati nei servizi appaltati.

### **Sanità privata convenzionata.**

La Regione si impegna a garantire che il processo di riorganizzazione della rete ospedaliera venga realizzato coinvolgendo anche le strutture private, in una logica coerente ed unitaria con l'insieme del sistema pubblico.

Nella gestione di tale processo di riorganizzazione la Regione si farà carico di rendere compatibile tale processo con la tutela dell'occupazione esistente nelle strutture private e della qualità dei servizi.

Verrà periodicamente effettuata una verifica congiunta, rispetto ai risultati attesi, sull'attività e sulle prestazioni erogate attraverso le sperimentazioni gestionali autorizzate dalla Regione.

### **Partecipazione**

Le Parti riconoscono come elemento fondamentale la partecipazione dei cittadini, delle comunità locali e dei soggetti di rappresentanza nella gestione delle politiche della salute e dell'integrazione socio-sanitaria. Per quanto riguarda il livello di confronto con le Organizzazioni sindacali dei lavoratori e dei pensionati, fermo restando il sistema di relazioni sindacali e le titolarità previste dai Contratti nazionali di categoria e dalla legislazione regionale, si conviene quanto segue:

⇒ A livello regionale viene istituito un tavolo negoziale e di monitoraggio che avrà come oggetto di confronto i seguenti argomenti:

- gli atti di programmazione, leggi regionali e gli atti attuativi delle stesse;
- le politiche finanziarie e di bilancio (Regione e Aziende)
- le politiche occupazionali
- Le reti (prevenzione, clinica, emergenza-urgenza, territoriale, socio-sanitaria)
- La Suam, esternalizzazioni e appalti
- La sanità privata
- Mobilità passiva, liste d'attesa e Cup
- Medicina di genere

Il tavolo nella sua prima riunione deciderà l'impostazione complessiva dell'attività.

⇒ A livello di Area Vasta viene istituito un tavolo di confronto e di monitoraggio che avrà come oggetto di confronto i seguenti argomenti:

- La pianificazione di Area Vasta e la sua gestione;
- Le reti (prevenzione, clinica, emergenza-urgenza, territoriale, socio-sanitaria)
- Mobilità passiva e liste di attesa;
- Le politiche occupazionali

⇒ A livello di Distretto viene istituito un tavolo di confronto e monitoraggio su:

- Integrazione socio-sanitaria
- Servizi territoriali
- Raccordo con ATS

Tabella allegata

Distr.	CDP	CDI 1 Liv	CDI 2 Liv	CDI 3 Liv - CPMT	Incr. Pers./fin	Incr. Pers./fin
1	X	X	X	X		
2	X	X	X			
3	X	X	X			
4	X	X	X	X		
5	X	X	X			
6	X	X	X			
7	X	X	X			
8	X	X	X	X		
9	X	X	X			
10	X	X	X			
11	X	X	X	X		
12	X	X	X	X		
13	X	X	X			

Standard organizzativi:

- CDP: 5 giorni su 7 – 8 ore die
- CDI 1 Liv: 5 giorni su 7 – 8 ore die
- CDI 2 Liv: 6 giorni su 7 – 10 ore die da lunedì a venerdì – 6 ore die sabato
- CDI 3 Liv: 7 giorni su 7 – 10 ore die da lunedì a venerdì – 6 ore die sabato e festivi – reperibilità medica 8/20
- CPMT: 7 giorni su 7 – 10 ore die da lunedì a venerdì – 6 ore die sabato festivi – reperibilità medica h/24

Ancona,

**IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE**

**L'ASSESSORE ALLA SALUTE**

**IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO SANITA'**

**ENTI DEL SSR**

ASUR

A.O.U. OSPEDALI RIUNITI ANCONA

A.O.U. OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD

INRCA

**LE SEGRETERIE REGIONALI**

CGIL

CISL

UIL