

L'obiettivo per un nuovo sistema sanitario del Lazio: diventare una regione "normale"

Questo documento nasce dalla consapevolezza che non c'è molto tempo per salvare il Sistema Sanitario Regionale.

La costante riduzione delle risorse nazionali per la sanità e per il sociale e gli effetti del piano di rientro regionale stanno determinando una progressiva riduzione dei servizi essenziali, senza una reale riduzione dei costi .

Il taglio e la riconversione dei posti letti conseguente al D.C.A. n.80/2010 non hanno inciso sostanzialmente sulla spesa e non hanno risolto i nodi centrali della salute regionale quali: debolezza della sanità pubblica a gestione diretta (ormai ridotta a circa il 50% del totale), incoerenza e asimmetria delle reti assistenziali, investimenti inadeguati e povertà progettuale sulla personalizzazione delle cure e sulla continuità assistenziale tra ospedale-territorio, mancanza di un approccio complessivo e integrato, sociale e sanitario con drammatiche carenze dei servizi territoriali (che risentono nel Lazio della storica pochezza di investimenti in questo settore), cattiva gestione amministrativa della aziende con permanente presenza di sacche di sprechi e di fenomeni di corruzione, assenza di valutazione a tutti i livelli .

Il limite principale dell'azione di governo regionale di questi anni non ha riguardato infatti solo i limiti del contenimento della spesa, ma piuttosto la capacità di intervenire sulle basi strutturali del disavanzo, di trasformare il sistema per renderlo, più efficiente, più equilibrato, più equo, più sostenibile, più aderente ai bisogni di salute delle persone, meglio gestito. Più salute e meno sanità è la direzione in cui si vuole andare.

La riduzione del disavanzo è dipeso soprattutto dall'aumento delle entrate del fondo sanitario regionale (oltre il miliardo di euro dal 2006) e molto meno dalla riduzione dei costi (circa 500 M.euro dal 2006) . In sostanza non si è inciso sulla reale struttura dei costi e delle inefficienze in cui ogni macro voce (personale, beni e servizi, farmaci acquisto di servizi sanitari da privati, etc.) continua a pesare sull'intero con la stessa percentuale del 2006 quando il disavanzo toccava i 2 miliardi annui, per cui il Lazio è ancora una regione in cui il sistema sanitario costa troppo e funziona male. Dal punto di vista dei conti complessivi è il peggiore di Italia. Mancano i soldi per chiudere definitivamente i debiti pregressi, mancano i fondi per l'integrazione socio-sanitaria, non si è più in grado di garantire la fondamentale attività di prevenzione sanitaria e non ci sono risorse per aprire i tanto attesi nuovi posti letto di RSA e di assistenza domiciliare che libererebbero gli ospedali di anziani fragili.

L'intera offerta assistenziale deve essere ridisegnata sull'analisi dei bisogni, fondata sui dati epidemiologici recenti e prospettici, e costruita all'interno di una rete integrata di strutture e servizi, pubblici ed accreditati.

La gestione del sistema e delle singole aziende è stata storicamente affidata a manager che nel complesso non hanno analizzato le fonti di spesa, non hanno bonificato i bilanci, non

hanno reso coerente i costi con i bisogni sanitari, non hanno rimosso la quota elevata di spesa inappropriata, non hanno agito sulle sacche di inefficienza e di spreco, riducendo i servizi e lasciando inalterati i costi.

Per invertire la tendenza in atto è **necessario individuare e far propria una strategia di programmazione, di visione, di gestione**, che diventi, quindi, lo strumento di governo in grado di riallineare la capacità dei servizi alla domanda appropriata di cura, secondo percorsi finalizzati, in un sistema da molto tempo esposto ad una espansione irrazionale, autoreferenziale e condizionata dagli interessi degli addetti ai lavori. Ci si riferisce in particolare a due criticità evidenti sopra tutte le altre: **i Policlinici universitari e gli ospedali classificati**.

Tale **deficit di programmazione** si sta ripresentando anche ora ed è per questo che vogliamo offrire un contributo prima che sia troppo tardi, quando, con il passare del tempo, le innumerevoli emergenze avranno occupato tutti i campi di intervento nonché l'agenda dei decisori politici, facendo scorrere anche questa legislatura regionale senza aver prodotto modifiche sostanziali nella organizzazione e gestione del SSR.

Si è dell'opinione che anche alcuni atti apprezzabili approvati dalla Giunta in questi mesi, come il pagamento dei fornitori delle aziende, il rilancio della centralizzazione degli acquisti, il progetto pilota nazionale di centralizzazione del sistema informativo di gestione del personale, il rilancio della idea delle Case della Salute, se non inseriti in un preliminare contesto programmatico globale, rischiano di essere operazioni non in grado di modificare la negativa situazione storica complessiva che il Lazio si trascina da decenni.

Quanto ai punti programmatici, offriamo alla riflessione solo i principali e prioritari temi che costituiscono a nostro parere i nodi veri del sistema attuale, senza la risoluzione dei quali sarebbe pressochè inutile intervenire sugli altri, settoriali, che comunque indichiamo a partire dal punto 8.

1. **Rafforzare il sistema sanitario pubblico regionale.** Nella Regione Lazio, il pubblico sta perdendo il suo ruolo di governo e di garanzia del diritto alla salute, costituzionalmente previsto, quale diritto primario dell'individuo e di preminente interesse della collettività rappresentando ormai solo il 50% circa dell'offerta (in termini di posti letto quelli pubblici sono complessivamente il 52%; in acuzie sono il 60%, nella post-acuzie – di fatto appaltata al privato accreditato - l'11%). Le strutture sanitarie pubbliche della regione Lazio ed in particolare quelle di Roma debbono essere competitive a livello nazionale. Per questo è necessario attivare un sistema di centri di eccellenza per specialità non condizionati dalle esigenze delle Università, che vanno quantitativamente ridimensionate in modo significativo, attivando le reti con costante e progressiva centralizzazione di risorse e competenze. Con altrettanta attenzione va ridisegnato il sistema degli ospedali nei capoluoghi di provincia, il loro collegamento con gli ospedali del territorio e con gli ospedali romani. Per far questo è essenziale preliminarmente partire dall'individuazione

del vero numero dei posti letto realmente attivi in ogni presidio, e non da quelli risultanti sulla carta, riallineando così il sistema informativo sanitario alla reale consistenza degli stessi.

Anche relativamente alla rete territoriale la presenza del privato accreditato è assai rilevante: si consideri ad esempio che la maggior parte delle attività relative all'assistenza alle persone non autosufficienti o con disabilità (assistenza domiciliare, assistenza residenziale) è gestita da erogatori privati contrattualizzati con il SSR, così come per quanto riguarda le cure palliative (su circa 25 Hospice, solo due sono pubblici), con costi non sempre competitivi rispetto alla gestione diretta da parte del SSR.

In questo senso è opportuno rafforzare il ruolo del sistema pubblico come controllore dell'accesso alle prestazioni e dell'appropriatezza delle stesse. In particolare è necessario introdurre e verificare i livelli di cura nelle RSA, che oggi erogano solo prestazioni di livello assistenziale medio – alto.

E' necessario inoltre sostenere e non deprimere il sistema sanitario pubblico direttamente gestito dalla Regione **ribadendo che è il fabbisogno di salute a determinare la programmazione dell'offerta sanitaria sia essa pubblica, convenzionata o privata che sia e non l'inverso come è stato fino ad ora** soprattutto in alcuni settori (acuti, ex art. 26, ecc.). **I criteri con cui si costruisce il fabbisogno sono la prima scelta politica da compiere**: si deve puntare a determinare la nuova offerta sanitaria basandosi sulle attuali e future dinamiche demografiche ed epidemiologiche, e sui numerosi studi disponibili sull'argomento, tenendo conto e non basandosi esclusivamente sulla spesa storica, come è stato fatto finora.

2. Innovare i sistemi di governance del SSR:

Il primo aspetto riguarda il cambiamento della governance e della struttura regionale dell'assessorato alla sanità. Le Regioni italiane dove la sanità funziona meglio sono quelle le cui giunte si sono dotate in modo stabile di buone professionalità tecniche che garantiscono la continuità del funzionamento ordinario del sistema; l'occasione storica per avvicinarsi o raggiungere queste regioni, derivata dall'internalizzazione dell'ASP, non sembra essere stata pienamente colta nella sua potenzialità. In questo senso è necessario definire a livello regionale un sistema che assicuri l'autonomia delle funzioni tecniche di gestione e di valutazione e controllo da quelle di programmazione e indirizzo proprie della direzione politica; è importante rendere la valutazione ed i sistemi informativi strumenti di verifica delle scelte di programmazione e delle performance aziendali, garantendo accuratezza, pronta e periodica disponibilità dei dati. Fondamentale è individuare all'interno di questa distinzione di ruoli un livello di "holding" regionale alle quale facciano capo le aziende, distinta dalla direzione politica, che possa facilitare sia la centralizzazione di determinate funzioni, che modalità di gestione integrata di servizi, coordinando l'evoluzione funzionale e gli investimenti delle aziende ed uniformando le procedure organizzative spesso molto difformi tra le diverse aziende.

A livello di governance aziendale da ricondurre a strumento attuatore delle scelte di programmazione sanitaria che rimane in capo alla Regione, è importante sviluppare le

competenze nella valutazione dei bisogni, della domanda e dei risultati di gestione e **avviare in modo sperimentale il modello di ospedale per livello di intensità assistenziale superando la coincidenza strutturale tra UOC e reparto** . Sarebbe opportuno inoltre valutare l'introduzione in via sperimentale anche nel Lazio dell'assistenza ospedaliera per pazienti subacuti, riconvertendo in maniera veloce ed efficiente alcuni posti letto per acuti, come avvenuto recentemente in altre regioni.

Sia a livello regionale che aziendale vanno rafforzati i sistemi di valutazione e controllo sui soggetti pubblici e privati per quanto riguarda principalmente:

1. il contrasto all'inappropriatezza delle prestazioni (sia per quanto attiene l'inappropriatezza in eccesso – prestazioni non necessarie erogate impropriamente, che quella in difetto – prestazioni necessarie ma non erogate); le azioni devono prevedere non solo un sistema di penalizzazione delle prestazioni inappropriate ma anche la predisposizione e imposizione di percorsi di cura che garantiscano la appropriatezza, evitando l'inutile ricorso al pronto soccorso o al ricovero quando risulterebbero più appropriate prestazioni ambulatoriali, diurne o domiciliari;
2. il contrasto alla illegalità e alla corruzione;
3. l'obbligo della trasparenza degli atti quale strumento della lotta alla corruzione o di spese non appropriate, da ottenere con la consultabilità on line di delibere, bilanci, determinazioni aziendali, documenti istituzionali, atti concorsuali e curriculum professionali. In tale contesto va inserito l'obbligo della trasparenza anche per le strutture private accreditate con il SSR , in particolare IRCCS e Classificati prevedendolo come requisito per il mantenimento dell'accreditamento stesso.

3. Rinegoziare l'impostazione del Piano di Rientro

Tale obiettivo è essenziale al fine di un vero e possibile cambiamento del sistema che presuppone però necessariamente investimenti economici iniziali sia per l'edilizia sanitaria che per il potenziamento dei servizi territoriali e una diversa gestione del personale finalizzata sia alla mobilità da ospedale a territorio che ad un blocco meno rigido del turnover che consenta di risolvere sia l'annoso problema del precariato che il ringiovanimento delle figure sanitarie che lavorano a stretto contatto con l'utenza. Non si deve lavorare solo sul taglio e riconversione dei posti letto ma soprattutto sulla riforma dei servizi. La questione principale è che finora non c'è stata una seria politica di riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale ma solo un suo arretramento, una sua riduzione. **E' essenziale correlare la "costruzione" del territorio, dove i cittadini possano trovare le risposte di salute, con l'adeguamento dell'offerta ospedaliera agli standard nazionali, rimodulata tenendo conto di parametri reali sui cittadini residenti e i bisogni della popolazione potenziando le specialità carenti.** Andrebbe anche riconosciuta la popolazione stabilmente domiciliata nella Capitale a partire dalle Ambasciate nonché una percentuale delle presenze di non residenti che fruiscono dei servizi della Capitale (manifestazioni, ecc.) senza dimenticare la presenza a Roma dello Stato del Vaticano e di tutte le altre confessioni religiose.

Occorre quindi immaginare una fase di revisione dei PdR che, fermo restando il monitoraggio dell'equilibrio finanziario, sia idonea a generare effetti duraturi in termini di modifica degli elementi strutturali generatori di minor spesa ed intervenga in chiave di reingegnerizzazione del SSR per offrire maggior salute.

Ciò può avvenire attraverso **PdR focalizzati su pochi macro obiettivi strategici** che vincolino le Regioni al raggiungimento, in tempi dati, di obiettivi misurabili, soprattutto, in termini di salute.

Attualmente, invece, l'azione regionale è spesso rallentata ed appesantita da numerosi adempimenti ed obblighi di portata più formale che sostanziale.

4. Potenziare il territorio, la prevenzione e la promozione della salute

Siamo ancora schiavi della logica dell'offerta esistente, tendiamo a pensare al modo di soddisfare i fabbisogni della popolazione senza alterare la rete assistenziale preesistente ma operando solo per il mantenimento della stessa. E' necessario, viceversa partire dalla identificazione e verifica della qualità dei percorsi assistenziali e di cura e su questo costruire il nuovo modello. In questo senso *è necessario ripensare le reti assistenziali, garantendo più presidi di prossimità, RSA, RSSA e case della salute.* Sulle **Case della Salute** è apprezzabile il D.C.A. n. 428 del 2013 che dovrà essere recepito nei nuovi Atti Aziendali delle ASL le cui linee guida devono essere modificate ed integrate al fine di tener conto delle risorse impiegate.

In questo momento in cui le risorse sono sempre più scarse è necessario rammentare e ribadire che gli interventi di prevenzione e promozione della salute e l'individuazione di percorsi di cura riducono gli accessi ospedalieri, le prestazioni sanitarie di cura, il consumo di farmaci, favorendo nel contempo la riduzione della spesa sanitaria.

La problematica relativa all'accesso alle cure ed alla erogazione efficiente delle stesse può trovare soluzioni adeguate individuando modalità di stretta collaborazione tra i diversi professionisti, ed in particolare tra le cure primarie, il livello specialistico e quello ospedaliero, attraverso l'attuazione e la gestione programmata di protocolli diagnostico-terapeutici integrati che definiscano percorsi di presa in carico e di cura per le patologie croniche.

I progressi terapeutici distinti dalla prevenzione riducono la mortalità ma non la morbilità, contribuiscono a creare una società cronicamente ammalata e quindi progressivamente più costosa, considerato che le spese sanitarie crescono proporzionalmente al numero dei soggetti ammalati ed all'invecchiamento della popolazione. **Quando la medicina curativa non è adeguatamente affiancata dagli interventi di prevenzione delle malattie e di promozione della salute si crea una società bisognosa di essere seguita con esami e trattata con farmaci spesso costosi.**

Sui fattori di rischio e sulle condizioni sociali e ambientali è infatti possibile agire con interventi efficaci, per ridurre l'insorgenza di malattie, morti premature e disabilità. Gli interventi di promozione della salute agiscono sui fattori di rischio in un processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla,

secondo una strategia che punta a favorire la salute rendendo facili le scelte salutari, in quanto le scelte più sane devono essere quelle più facili da realizzare.

5. Questione risorse e disavanzo. C'è un domanda preliminare a cui dare una risposta: mantenere, almeno per un triennio, il massimo della pressione fiscale aggiuntiva regionale al fine di utilizzare l'extra gettito (destinato a coprire il disavanzo sanitario) per finanziare la riconversione del sistema verso una maggiore offerta territoriale, un investimento sulla prevenzione e la promozione della salute, l'adeguamento strutturale e tecnologico della rete ospedaliera pubblica, l'integrazione sociosanitaria e i servizi sociali, o ridurla in funzione della riduzione del disavanzo? **Si ritiene che in una prima fase triennale siano necessari investimenti per cambiare veramente il sistema e che poi tali investimenti potranno produrre i risparmi attesi e solo allora, quindi, si potrebbe procedere alla riduzione della pressione fiscale e cioè poco prima della fine della legislatura.** Ad oggi il disavanzo 2013 stimato dal tavolo di monitoraggio è di circa 700 mln contro una previsione di entrate da fisco per 850 mln. Il surplus di 150 mln non è però utilizzabile fino a quando non si è conclusa l'analisi del tavolo sulla situazione patrimoniale della regione.

Errata è inoltre la modalità di copertura dei disavanzi sanitari su cui va aperta una vertenza verso il Governo insieme alle altre Regioni: con la scelta dell'Irap e dell'addizionale Irpef, le Regioni incassano il gettito, in media, con 12/18 mesi di ritardo, con costi finanziari enormi, tra i 100 e 200 mln di euro che potrebbero essere destinati agli investimenti oltre che garantire una corretta erogazione del dovuto ai fornitori nei tempi di legge.

6. Questione policlinici universitari. *E' necessario rimettere mano al rapporto tra Regione, Stato e Policlinici universitari ma anche tra Policlinico e università al proprio interno*, per rafforzare i livelli di efficienza e le sinergie tra le parti. La regione Lazio ha troppe università biomediche e ben 5 facoltà di medicina. Inoltre è in corso la richiesta di 2 nuove scuole di medicina, una delle quali già approvata ed è stata attivata una università di scienze biomediche privata presso una struttura IRCCS convenzionata con il SSR.

In sostanza è necessaria una inversione radicale dell'attuale sistema fondata su alcuni punti chiave:

a. previsione di una riduzione sostanziale della dimensione/spesa dei policlinici universitari e di un modello univoco per tutti che, tra l'altro, è previsto dalla legge e cioè l'azienda integrata ospedale-università che riporta in capo alla regione la responsabilità gestionale, abbandonando le strane soluzioni che solo nel Lazio hanno avuto seguito, quale quella della Fondazione prima e degli IRCCS ora. Del resto è dimostrato che il solo modello delle aziende integrate adottato nelle regioni virtuose è sostenibile sia dal punto di vista dell'efficienza che dell'efficacia. Ciò è indispensabile per superare una interlocuzione "storica" difficile nella quale la visione e gli obiettivi dell'Università sono stati sostanzialmente estranei a quelli del SSR e quindi non facilmente riconducibili ad una logica di Sanità Pubblica. Inoltre porre a livello nazionale la questione dei policlinici in eccesso come questione sovregionale.

b. nelle more dell'adozione del modello unico operare per bloccare l'attivazione di ulteriori corsi di laurea attinenti a materie sanitarie (vedi le ultime autorizzazioni concesse alla Fondazione dei Camilliani e al Gruppo S. Raffaele) e comunque **procedere all'azzeramento della clinicizzazione dei posti letto nella regione**, sulla base di una analisi dei bisogni effettuata dalla Regione stessa che procede a stabilire il tetto di clinicizzabilità delle strutture sanitarie da parte per tutte le Università . Fino alla definizione dei bisogni, il personale universitario convenzionato con il SSR non può avere contratti con strutture sanitarie pubbliche e private per attività direttamente connesse alle competenze oggetto del convenzionamento con il SSR.

c. inserire nei protocolli d'intesa con l'università il vincolo della reciprocità per l'occupazione dei posti apicali in Aziende Ospedaliero-universitarie della Regione.

d. **definire quali e quanti costi di ricerca e formazione sono da rimettere in capo al Ministero dell'Università e della Ricerca** (si stima almeno circa 300 mln) e la prioritizzazione degli interventi di interesse del SSR.

7. Questione ospedali classificati e IRCCS, Policlinici privati. L'eccesso di offerta ospedaliera nella Regione Lazio è determinato anche dalla eredità dei numerosi ospedali classificati che la legge 833/78 obbligatoriamente ha lasciato alla Regione, oltre che dalla presenza dei due policlinici non pubblici . **Per tutti questi soggetti, come per le altre strutture private accreditate è necessario prevedere un requisito ulteriore obbligatorio per mantenere l'accreditamento costituito dalla pubblicazione e dalla trasparenza dei bilanci** in modo da poter consentire alla Regione di capire quali siano le risorse reali necessarie e utilizzate per l'erogazione dei servizi sanitari accreditati e finanziati dalla Regione stessa. La strutturale differenza tra gli elevati costi di produzione di queste strutture rispetto alla capacità di produzione stessa (anche a lordo delle eventuali funzioni), la sola rimborsabile ai fini del SSR, ha determinato negli anni un sostanziale arretramento dell'offerta sanitaria stessa nonché il peggioramento delle prospettive aziendali. Il caso dell'IDI non è isolato ed è sintomo della necessità di ristrutturazione dell'offerta sanitaria in questo settore, così come anche accennato nel Patto della Salute 2010-2012, mai realmente affrontata. In particolare deve essere superata l'attuale modalità finanziamento storico delle funzioni ospedaliere (612 milioni di euro complessivi nel 2012), riducendolo e introducendo criteri di ripartizione legati agli effettivi costi sostenuti e alla qualità e appropriatezza delle prestazioni erogate.

8. Definire le dotazioni organiche per garantire i LEA. Occorre dotarsi di uno strumento che possa essere punto di riferimento e nello stesso tempo obbligo per tutte le aziende pubbliche e private che definisca in modo preciso le dotazioni organiche necessarie a garantire i LEA nella Regione. Sarebbe inoltre opportuno introdurre norme di legge che disciplinino sia in ambito pubblico che nel privato classificato e accreditato le modalità di appalto dei servizi ospedalieri e le modalità di ricorso alle prestazioni libero professionali.

Contemporaneamente vanno abrogati tutti i provvedimenti che nel corso degli anni hanno disciplinato “i requisiti di personale” che oggi creano solo confusione e spesso costituiscono alibi per difendere situazioni esistenti in più o in meno dal necessario. Questo atto, una volta concordato con il Governo, dovrebbe consentire il superamento di qualsiasi blocco del turnover e della mobilità su quei posti che risulterebbe in contrasto con la copertura degli organici necessari e nel contempo consentirebbe **le procedure concorsuali per la stabilizzazione dei precari** senza alcun aumento di spesa ma semplicemente procedendo alla trasformazione dei contratti precari a copertura dei posti in organico in contratti a tempo indeterminato da conferire ai vincitori dei concorsi. **Su questo punto molta attenzione dovrà prestare la Regione perché in questa direzione vada il DPCM previsto dal Decreto 101/2013 convertito nella legge 125/13, da adottare entro il 30 novembre** su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro per la pubblica amministrazione, di intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Fuori da questo contesto assai difficilmente si potrà dare una risposta concreta ai precari, obiettivo per noi imprescindibile e su cui è impegnato anche il Presidente Zingaretti. Con il Governo e il Ministro della Salute va trovata inoltre una soluzione che porti alla **revisione della convenzione SUMAI** riportando questo personale nell'ambito delle attività previste dalla convenzione impedendo il loro utilizzo in attività rientranti nel rapporto di lavoro dipendente. In alcune aziende la convenzione SUMAI è stata utilizzata per bypassare le restrizioni sulle assunzioni superando di molto il costo del personale dipendente.

Siamo consapevoli che dalla rivisitazione delle dotazioni organiche in funzione dei LEA da garantire, così come sopra proposta, anche in una diversa definizione del fabbisogno, costruito sulle attuali e future dinamiche demografiche ed epidemiologiche, ne deriverà un imponente **processo di riconversione e mobilità del personale** (non solo dipendente) tra ospedale e territorio, e all'interno dei servizi dello stesso, che è necessario comunque affrontare, pur all'interno dei previsti percorsi concertativi previsti dai CCNLL.

9. Riordino della Rete dell'Emergenza 118. Si rimane in attesa di potere discutere una proposta di riordino della rete dell'emergenza 118 che salvaguardi e rafforzi la presenza pubblica nella Regione garantita dall'ARES e dia nel contempo certezze di continuità lavorativa alla necessaria presenza di privati, data l'impossibilità di incrementare l'organico ARES, che possano garantire la stessa qualità del servizio offerto dall'ARES e la continuità lavorativa del personale uscendo definitivamente dalle varie forme di contratti precari. **Riordinare la rete può rappresentare anche l'occasione per eliminare sprechi e clientele producendo risparmi che possano essere reinvestiti nel servizio a partire dal rinnovamento dei mezzi di cui c'è un reale bisogno.** In tale riordino va inserita anche la ridefinizione delle modalità di utilizzazione della Continuità assistenziale (ex Guardia medica) e dei suoi rapporti con la medicina generale. L'obiettivo finale deve essere quello di ridurre gli accessi ai PS incrementando la rete di cure primarie e l'utilizzo dei Protocolli diagnostico terapeutici come sopra definiti.

10. Privati: regole, budget e certezza nei pagamenti. La Regione dovrà finalmente dotarsi di **regole certe** e non interpretabili per il governo della presenza dei privati nel Servizio Sanitario Regionale. **Il rispetto delle regole dovrà essere alla base del mantenimento dell'accreditamento delle attività svolte nelle strutture ma anche requisito per essere retribuiti con regolarità a garanzia della qualità dei servizi offerti ai cittadini e della corresponsione delle retribuzioni previste dai CCNL vigenti nel settore tutti i mesi e alla data prevista dai contratti.** Sono ormai troppe le situazioni di crisi presenti nel settore non più tollerabili che vanno risolte e definitivamente superate. E' necessario riportare in un'unica raccolta la normativa di riferimento su cui esercitare i controlli uscendo dalla confusione e dalle incertezze che si manifestano negli uffici delle ASL, così come va compiuto ogni sforzo per ridare dignità al settore privato realmente rappresentativo, attraverso il riconoscimento delle sole Associazioni regionali realmente rappresentative, oggi inquinato da presenze speculative che esercitano dumping a danno delle imprese corrette e dei lavoratori che operano in regime di schiavitù. Si ritiene inoltre indispensabile qualificare la funzione di autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione, inserendo nella valutazione degli erogatori (annuale o massimo biennale) non solo la verifica dei requisiti minimi ma anche indicatori di qualità dell'assistenza, il cui mancato rispetto dei relativi standard possa comportare la rescissione del contratto; in tal modo si potrebbe creare una concorrenza virtuosa tra i soggetti contrattualizzati con il SSR ed evitare improprie rendite di posizione.

11. Superamento delle situazioni di illegalità. Non è più possibile mantenere in essere le situazioni ereditate dalle giunte passate che si configurano come violazioni di norme sul mercato del lavoro o delle norme che disciplinano gli appalti. **La presenza di situazioni di intermediazione di manodopera in molte Aziende pubbliche dovrà trovare presto una soluzione che rimuova l'appalto per fornitura di ore di lavoro e nel contempo possa salvaguardare i lavoratori impegnati da anni nei servizi con la necessaria continuità lavorativa in forma diversa dall'attuale.** Allo stesso modo vanno messi a gara tutti gli affidamenti diretti ingiustificati con le necessarie clausole sociali e attraverso una revisione dei compiti assegnati da ricondurre alle novità da introdurre nel sistema o da riportare alla gestione diretta che possa conferire al Lazio un primato nel settore che è in grado di raggiungere. Noi ci poniamo questo obiettivo e ci batteremo per raggiungerlo entro questa legislatura.