

## **RASSEGNA STAMPA Mercoledì 20 Novembre 2013**

Ospedali, i promossi e i bocciati  
**LA STAMPA**

Precari SSN. Intervista a Fadda: "Nuovo testo entro la prossima settimana. Coinvolti circa 65mila lavoratori"  
**QUOTIDIANO SANITA'**

Cosmed ed ANAAO Assomed: "Nessun licenziamento sarà accettabile. Sanare tutto il precariato"  
**QUOTIDIANO SANITA'**

Nasce l'AUSL unica della Romagna. E' la quinta più popolosa d'Italia  
**IL SOLE 24 ORE SANITA'**

Tagli solo tra due anni. Questa spending review è una vera presa in giro  
**IL GIORNALE**

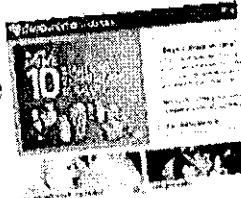
Spending review, no alle scorciatoie  
**L'UNITA'**

Bisogna tagliare, ma nessuno sa dove  
**IL MANIFESTO**

MEDICINA

**Il sito  
che promuove  
e boccia  
gli ospedali**

CASTAGNERI PAGINA IV



# Ospedali, i promossi e i bocciati

“Basta passaparola. È nato il sito per scoprire qual è il luogo migliore dove curarsi”

**Walter Ricciardi**  
Specialista in igiene

**RUOLO:** E' DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI SANITÀ PUBBLICA DELL'UNIVERSITÀ CATTOLICA-POLICLINICO GEMELLI DI ROMA

I CRITERI

«Sono sempre oggettivi ed elaborati in base a standard internazionali»



**PREVENZIONE**

LORENZA CASTAGNERI

**U**na volta ci si affidava al passaparola per trovare la struttura migliore (se possibile) dove curare una fastidiosa bronchite oppure il dolorissimo mal di testa che non si interrompe da mesi. Oggi, invece, è Internet che dà i voti alle prestazioni mediche degli ospedali italiani. Per individuare i promossi e i bocciati, suddivisi per problema di salute, regione e provincia, ora è sufficiente una serie di clic sul sito «Dove e come mi curo» ([www.dovecomemicuro.it](http://www.dovecomemicuro.it)).

Il risultato è «disco verde» se l'ospedale è allineato agli standard nazionali, «giallo» se i parametri della struttura sono simili a quelli di tutte le altre oppure «semaphore rosso» se non sono vengono raggiunti i livelli delle performances medie nazionali. Un linguaggio semplice per un progetto molto serio, realizzato da un pool di esperti coordinato da Walter Ricciardi, direttore del dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università Cattolica-Policlinico Gemelli di Roma.

Che cosa ne viene fuori? Per la cura degli ictus, per esempio, l'ospedale migliore al quale rivolgersi è l'Istituto

delle scienze neurologiche di Bologna, che spicca per l'alta qualità e la sicurezza delle cure prestate, considerato il basso numero di decessi a 80 giorni dal ricovero e le poche riammissioni ospedaliere dopo le dimissioni. Se la patologia, invece, è il tumore al fegato, ai vertici della classifica ci sono il Policlinico Gemelli di Roma, l'Istituto Tumori Ircs di Milano e gli Ospedali riuniti di Bergamo. Ancora: il parto. Prendendo in esame i volumi delle nascite e il numero dei tagli cesarei, le strutture italiane migliori sono l'ospedale Sant'Anna di Torino, gli Ospedali riuniti di Bergamo e il Policlinico Sant'Orsola-Malpighi di Bologna.

Ma si tratta soltanto di alcuni esempi. Le patologie prese in considerazione sono, al momento, una trentina, tra cui anche numerosi tipi di tumori: non soltanto il fegato, ma anche polmone, mammella, apparato riproduttivo, sistema nervoso e altri ancora. Il sito mappa un totale di 1233 strutture, disseminate da Nord a Sud. Ci sono ospedali, case di cura accreditate e presidi ospedalieri, la cui performance è valutata attraverso 50 indicatori-chiave. Ecco come si presenta il progetto. Che vuole essere un esempio di «public reporting», sulla scia di quanto già accade in tanti Paesi stranieri.

«L'obiettivo non è stilare una classifica e, soprattutto, non vogliamo che il sito passi come una "guida Michelin" della Sanità. Anche perché in quel caso i criteri considerati sono soggettivi, mentre in questo caso ci affidiamo a parametri universalmente condivisi», premette Ricciardi. Che aggiunge: «Il senso della nostra iniziativa, piuttosto, è aiutare gli italiani a individuare il luogo migliore dove curarsi in base alla propria problematica.

Un'operazione trasparenza che è stata richiesta dall'Unione Europea ai Paesi membri già due anni fa».

Il riferimento è alla direttiva comunitaria 24 del 2011 sull'«applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera». Che stabilisce che ogni cittadino dell'Unione può decidere di ricevere assistenza in ciascuno dei 28 Paesi dell'Ue. «Alla luce di ciò - prosegue Ricciardi - è importante che i pazienti abbiano tutti gli strumenti per poter scegliere consapevolmente a quale ospedale o casa di riposo affidarsi. Da qui, due anni fa, è nata l'idea di realizzare un database in italiano e completamente gratuito di "public reporting", un sistema nato già una ventina di anni fa negli Stati Uniti, che poi si è diffuso anche in Europa, ma che nel nostro Paese ancora non esisteva».

I valori degli indicatori delle strutture sanitarie esaminate sono stati confrontati con il dato italiano di riferimento (il «benchmark nazionale») e con i valori di riferimento riconosciuti e validati dalla comunità scientifica internazionale (il cosiddetto «standard internazionale»). Ogni indicatore è stato valutato in base a efficienza, sicurezza, competenza e appropriatezza, tutti criteri misurati attraverso l'elaborazione dei migliori dati ufficiali a disposizione.

A oggi - spiegano gli ideatori - è stato possibile includere soltanto alcune «problematiche», per le quali erano disponibili dati e informazioni pubbliche, ma ora la speranza è di riuscire ad ampliare il progetto. Che sembra già aver conquistato gli internauti: soltanto nei primi due giorni gli accessi al sito sono stati quasi 80 mila.

**Precari Ssn. Intervista a Fadda: “Nuovo testo entro la prossima settimana. Coinvolti circa 65mila lavoratori”**

*Così il sottosegretario alla Salute al termine della riunione con i sindacati della dirigenza medica, sanitaria e amministrativa e del comparto. “Entro giovedì raccoglieremo le loro proposte di emendamento da valutare insieme al Mef e alla Funzione Pubblica. E poi in Stato Regioni”. L'obiettivo è garantire tutti i precari.*

**19 NOV** - Oggi pomeriggio si è svolto l'atteso incontro al ministero della Salute con i sindacati della dirigenza e del comparto del Ssn per esaminare la bozza di Dpcm per l'apertura di concorsi ad hoc e per la proroga dei contratti a tempo determinato del personale dirigente del Ssn e degli enti di ricerca. Le prime reazioni dei sindacati, che hanno apprezzato la disponibilità del ministero e il metodo del confronto, sono state però fredde (vedi approfondimenti). Soprattutto su un punto: quello della stabilizzazione o quantomeno della proroga dei contratti atipici che nel decreto presentato dal sottosegretario alla Salute **Paolo Fadda** non vengono citati apertamente.

Al termine dell'incontro abbiamo raggiunto lo stesso Fadda.

**Sottosegretario ha visto le reazioni dei sindacati, che ne pensa?**

Prima di tutto ho colto l'apprezzamento per il metodo del confronto. E non è poco. Oggi abbiamo presentato una bozza di Dpcm e a seguito della discussione odierna abbiamo chiesto che venissero presentate proposte di emendamento entro giovedì prossimo. A quel punto le valuteremo insieme al Mef e alla Funzione pubblica per elaborare un testo definitivo da sottoporre al confronto con le Regioni.

**D'accordo, ma i sindacati lamentano il rischio che molti precari, soprattutto quelli con contratti atipici, potrebbero restare fuori.**

Il problema delle proroghe esiste. E il ministero della Salute per primo lo vuole risolvere. Ma probabilmente servirà un passaggio legislativo perché le norme dalle quali è scaturito il Dpcm consentono solo la proroga di quei posti che devono essere messi a concorso. I sindacati hanno posto l'attenzione su questo punto dicendo che, in tal modo, non si andrà a prorogare la totalità del personale precario con potenziali rischi di un collasso dell'intero sistema. Questa è una battaglia che dovrà essere condotta dalle organizzazioni sindacali ma anche dallo stesso Ministero della Salute per riuscire ad arrivare ad una proroga con una norma di legge ad hoc per tutti gli attuali precari, che

dovrebbero essere circa 60-65mila. Considerando anche che tutto ciò non ha oneri aggiuntivi per il Ssn perché per l'appunto si tratta di proroghe di contratti già in essere.

## **E per le Regioni in Piano di rientro?**

Abbiamo esaminato anche questo aspetto. Anche perché sappiamo bene quanto queste Regioni siano già penalizzate dal blocco del turn over. Nello stesso modo e va affrontata la situazione speculare di quelle Regioni che non hanno problemi di bilancio e che potrebbero risolvere più facilmente la questione.

19 novembre 2013

© Riproduzione riservata

*Approfondimenti:*

■Cassi (Cimo): "Lo strumento del Dpcm è insufficiente. Serve intervento di sistema per i precari"

■Lucà (Fassid): "Il decreto di stabilizzazione non basta. Troppi esclusi"

■Cosmed e Anaaoo Assomed: "Nessun licenziamento sarà accettabile. Sanare tutto il precariato"

# quotidianosanità.it

Mercoledì 19 NOVEMBRE 2013

## Cosmed e Anaaos Assomed: “Nessun licenziamento sarà accettabile. Sanare tutto il precariato”

*Al termine dell'incontro al ministero della salute per l'esame del Dpcm sui precari della dirigenza del Ssn, Cosmed e Anaaos Assomed hanno diramato la seguente nota:*

Il sottosegretario Fadda dopo l'incontro con le organizzazioni sindacali ha preso atto dell'urgenza di un provvedimento legislativo che proroghi i contratti dei precari in scadenza il 31.12.2013.

Tale provvedimento necessario per impedire il collasso della sanità pubblica, in particolare nelle regioni sottoposte al piano di rientro, sarà oggetto di un'iniziativa politica che il Sottosegretario proporrà al Ministro della Salute.

L'incontro odierno ha avuto il merito di definire le priorità e i limiti del Dpcm oggetto della riunione.

Anaaos Assomed e Cosmed hanno ribadito:

- l'urgenza di scongiurare licenziamenti a qualunque titolo di personale sanitario visto che, come confermato dalla delegazione del ministero, il Dpcm non pare essere uno strumento idoneo per la proroga e l'avvio del processo di stabilizzazione di quei contratti atipici che rappresentano la 61.787 parte del lavoro precario
- l'immediata immissione in ruolo dei precari già vincitori di concorso attualmente in servizio senza ulteriori ritardi
- la pubblicazione formale da parte di tutte le aziende sanitarie delle graduatorie in essere valide per l'assunzione a tempo indeterminato e il loro utilizzo su base regionale
- il superamento dell'indicazione del part-time come forma prioritaria di assunzione in quanto riduttiva rispetto alle esigenze del Ssn di un organico a tempo pieno idoneo allo svolgimento di un'attività assistenziale h 24.

## Nasce l'Ausl unica della Romagna. E' la quinta più popolosa d'Italia

20 novembre 2013

E' nata l'Ausl unica della Romagna. La legge approvata in Assemblea legislativa dà vita alla quinta azienda sanitaria italiana per popolazione residente e tra le prime per superficie territoriale e numero di ospedali. «Usciamo da una logica di pura conservazione e di continuismo: il servizio sanitario di questa Regione ha la propria forza non nella capacità di gestire ma in quella visionaria di proporre delle scelte e di porsi come guida per il resto del Paese», ha detto l'assessore regionale alle Politiche per la Salute Carlo Lusenti concludendo il suo intervento che ha preceduto l'approvazione della legge di costituzione dell'azienda sanitaria unica della Romagna.

L'azienda Usl della Romagna, che nasce dall'unificazione delle aziende di Cesena, Forlì, Ravenna e Rimini, ha una popolazione di 1.124.896 persone residenti (1.106.375 gli assistiti) e un territorio di 5.098 chilometri quadrati. Con 3.355 posti letto nel sistema pubblico (che salgono a 4.895 con il privato accreditato), la nuova azienda dispone di 15 ospedali pubblici, cui si aggiunge l'Istituto scientifico romagnolo per lo studio e la cura dei tumori di Meldola, e sono 14 le case di cura private accreditate totali.

I dipendenti sono 14.789 mentre i professionisti convenzionati con l'azienda unica, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, sono rispettivamente 796 e 158. Il volume di attività specialistica prodotta nel 2012 dalle quattro aziende romagnole, tra visite ed esami, è stato di 14.662.290 prestazioni.

Per quanto riguarda il finanziamento regionale, il volume complessivo delle quattro Aziende sanitarie romagnole per il 2013 si è attestato a 1,725 miliardi di euro su un totale di 6,883 miliardi di euro relativo a tutte le Ausl dell'Emilia-Romagna. «Il nostro obiettivo – ha detto ancora Lusenti - non è quello di risparmiare ma di spendere fino all'ultima risorsa disponibile per continuare a garantire i nostri elevati livelli di assistenza, con un progetto che è di innovazione, sviluppo e crescita». Livelli che, ha specificato l'assessore, «testimoniano la qualità del nostro servizio anche più dei pur buoni risultati di bilancio e di equilibrio. Risultati che non sono garantiti per sempre in un settore, quello dell'assistenza sanitaria, come nessun altro attraversato da cambiamenti profondi. Le aziende romagnole hanno una condizione di fragilità rispetto a obiettivi di ulteriore crescita e sviluppo. Quindi bisogna dire 'no' logiche di territorio miopi e parziali e 'sì' ad obiettivi più ambiziosi, cui si giunge dopo un percorso durato due anni. Le scelte non sono state calate dall'alto».

# Tagli solo tra due anni Questa spending review è una vera presa in giro

*I risparmi nel 2014 sono limitati a 1,5 miliardi, un'inezia  
Tutto rinviato dopo la scadenza naturale del governo Letta*

## l'analisi

di Francesco Forte

**L**a spending review finisce nel nulla. Anzi, quasi in un'appresaglio. L'annuncio è che verranno tagliati 32 miliardi, 2 punti di Pil. Ma in tre anni. E l'importo, dunque, cala a un più modesto 0,7% annuo di Pil. Si potrebbe dire «meglio che niente». Il centrodestra potrebbe dire di avere ottenuto una mezza vittoria ma si scopre che nel 2014 la riduzione è soli 1,5 miliardi. Su circa 800 di spesa pubblica (pari al 50% del Pil) gli 1,5 miliardi di tagli sono solo 0,2: un'inezia di fronte degli aumenti fiscali che nel frattempo si fanno.

Dunque nel 2014, l'anno in cui il governo Letta dovrà effettivamente gestire il bilancio pubblico, pri-

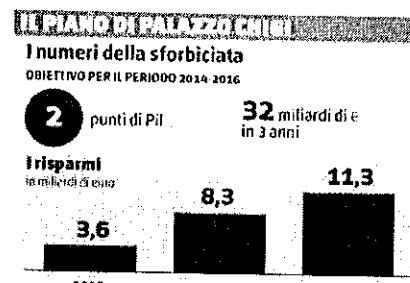
ma delle elezioni ipotizza tenere nella prima metà del 2015, la spending review sarà soluna cerimoniale burocratico-tecnocratico. Infatti questi 1,5 miliardi che chiunque può limare da una spesa di 533 volte superiore saranno individuati mediante il lavoro triennale di una *équipes* di esperti, divisi in 8 gruppi di lavoro, coordinati dal commissario straordinario Cottarelli, chiamato apposta dal Fmi a Washington, che opererà sotto il comitato interministeriale per la spending review, presieduto dal premier e coadiuvato dal ministro dell'Economia che dovranno tagliare 190 milioni per gruppo. Un risultato che potrebbe essere ottenuto da funzionari normali, senza ricorrere al nuovo apparato con segretarie espese varie. Ma questa operazione dilatoria deve apparire innovativa per poter dire che si sta riducendo la spesa di 32 miliardi non con tagli lineari, cioè della stessa percentuale in tutti i settori, ma strutturali. Il taglietto di 1,5 miliardi diviso 8 è solo fumo. L'arrosto, la sostanza della manovra è rinviata al 2015, quando se ne dovrebbero tagliare 30,5 in un biennio, quasi lo 1% annuo sia nel 2015 che nel 2016. Ma allora il governo Letta sarà sostituito da un altro, a cui toccherà di affettare l'arrosto bollente.

L'attuale compagine non vuole scottarsi, del resto il club fondato da Letta si chiama «Vedrò», non «vedo». Viene immen- tita la frase che Alessandro Manzoni nel capitolo XIX dei Pro-

messi Sposi mette in bocca al conte-zio che chiede al padre provinciale dei cappuccini di togliere il dimezzolo scomodo Padre Cristoforo, ma senza far chiasso, onde evitare complicazioni fastidiose «Sopire, troncare, padre molto reverendo: troncare, sopire». In effetti, con l'invenzione delle 8 commissioni il governo raggiunge lo scopo di comunicare che riduce di 32 miliardi di spese senza tagli lineari, ma senza chiarire dove e come sarà fatto l'arrosto che si taglierà.

I termini usati sono soffici. Invece che «sanità» si scrive «fabbisogno e costi standard» per alludere allo strumento che si dovrà usare per ridurre il fabbisogno di spesa sanitaria. Non bisogna allarmare i sindacati. Si scrive «organizzazione amministrativa» per non impegnarsi nella riduzione della fila burocratica, cominciando dalle Province. Si scrive «beni e servizi» per non impegnarsi troppo nella questione delle politiche di acquisto di beni e servizi e non citare le cre-

scenti spese degl'entilocali. Invece che «enti pubblici» si scrive «Società partecipate pubbliche», sicché gli enti pubblici inutili od obesi possono esser fuori dal mirino. «Sopire, troncare, sopire» come nel capitolo XIX dei *Promessi Sposi* in cui il conte-zio invita a banchetto, accanto al padre provinciale dei cappuccini, una corona di commensali che non si ricordano come si faccia a dire di no.

**I risparmi**

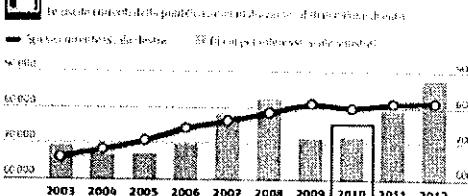
(in miliardi di euro)

2015 2016 2017

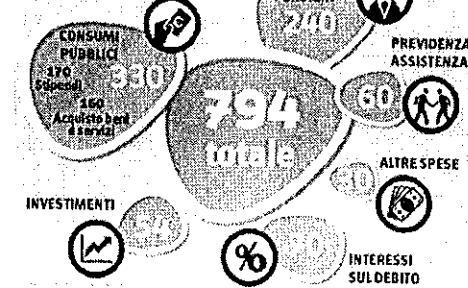
**I settori sotto la lente**

Appalti pubblici	Società partecipate pubbliche	Rivisitazione della dimensione delle scuole	Riassettore
Cure termali dei militari	Pensioni di reversibilità	Pensioni d'oro	PENSIONI
Riforma della Motorizzazione civile	Protocolli terapeutici	Centrali di acquisto dei farmaci	CONSUMI PUBBLICI
Forze dell'ordine (polizia, carabinieri, guardia forestale)	Centrali di acquisto dei farmaci	Forze dell'ordine (polizia, carabinieri, guardia forestale)	INVESTIMENTI
Protocolli terapeutici	Centrali di acquisto dei farmaci	Forze dell'ordine (polizia, carabinieri, guardia forestale)	INTERESSE SUL DEBITO

Foto: G. Sartori

**L'andamento della spesa pubblica****IN DIECI ANNI OLTRE QUOTA 800 MILIARDI****COM'E FATTA LA SPESA PUBBLICA**

Dati in miliardi di euro



DIREZIONE



**MANI DI FORBICE** Carlo Cottarelli, il commissario del governo per la spending review

## L'analisi

# Spending review, no alle scorciatoie

## Spending, no alle scorciatoie

**L'obiettivo sia raggiunto con la modernizzazione della Pa e i tagli agli sprechi ma tutelando il welfare**

**MASSIMO D'ANTONI**

Leggendo il piano di lavoro del commissario alla spending review, pubblicato sul sito del ministero dell'Economia, si avverte una grande determinazione. Determinazione e insieme ambizione. Il programma di revisione della spesa dovrà toccare un ampio insieme di ambiti: dalla scuola, alla sanità, alla previdenza, al funzionamento dei ministeri agli enti locali e le società da essi partecipate.

Stando alle intenzioni, lo farà entrando nel dettaglio di questioni che vanno dall'utilizzo degli insegnanti di sostegno ai protocolli di appropriatezza delle prestazioni mediche.

Questa ampiezza e questa profondità danno le dimensioni del compito che attende il commissario Cottarelli, ma individuano anche qualche rischio, nel caso in cui tale compito non fosse chiaramente delimitato e definito negli obiettivi.

Un intervento così ambizioso viene infatti condizionato dalle necessità di ottenere in tempi sufficientemente rapidi (l'orizzonte è quello di un triennio) risparmi di spesa consistenti (il ministro Saccomanni ha parlato di 2 punti di Pil, ovvero circa 30 miliardi di minori spese).

Esaurete da tempo le possibilità consentite dai tagli lineari, toccato con mano quanto sia difficile realizzare ulteriori risparmi nell'assetto attuale senza compromettere la capacità di erogare prestazioni, sappiamo che è solo attraverso una riorganizzazione profonda della Pubblica amministrazione che sarà possibile ottenere risultati sul versante della spesa pubblica. Parlando di riorganizzazione ci riferiamo all'articolazione della Pubblica amministrazione, alla distribuzione delle responsabilità tra centri di spesa, alla capacità di programmare con risorse certe e contare su regole stabili nel tempo, all'adozione di tecnologie più moderne, alla qualificazione del personale. Processi necessari che chiedono tempi lunghi.

Non vorremmo dunque che la fretta di raggiungere obiettivi a breve termine incoraggiasse qualche scorciatoia. A poco servirebbe ad esempio ridurre la spesa pubblica se questo avvenisse

aumentando in misura equivalente o superiore la spesa sostitutiva privata. È noto ad esempio che il nostro sistema sanitario a base pubblica è uno dei più economici tra quelli dei Paesi ad economia avanzata. Ed è altresì noto che una crescente incidenza del privato è associata a livelli crescenti di spesa sanitaria pro capite. Un risparmio che scaricasse sul bilancio delle famiglie l'onere delle cure non sarebbe vero risparmio.

Un'altra tentazione da evitare è quella di perseguire risparmi di spesa attraverso una maggiore selettività, in ossequio all'idea che la spesa pubblica debba concentrarsi solo sui meno abbienti, mentre coloro che se lo possono permettere devono provvedere da sé. Sarebbe questo un abbandono dell'appoggio universalistico che caratterizza da sempre i migliori sistemi di welfare europei. Sarebbe la premessa di quel welfare per i poveri lontanissimo dall'idea che istruzione, salute, protezione dai grandi rischi dell'esistenza siano parte dei diritti di cittadinanza. Sarebbe peraltro una visione miope: è noto che i sistemi universalistici sono sostenibili a livelli di spesa molto più elevata rispetto ai sistemi più selettivi. La selettività determina una progressiva delegittimazione della spesa pubblica (perché da membro della classe media dovrei contribuire ad un sistema da cui non traggo beneficio?); introduce disincentivi perversi nel momento in cui un aumento del reddito individuale non è associato solo a maggiori imposte ma anche a minori prestazioni; è associata a maggiori livelli di disegualianza.

Al commissario alla spending review e alla sua squadra va offerto dunque il sostegno più convinto riguardo all'obiettivo di individuare sprechi, disfunzioni, inefficienze. Sostegno non retorico, se è vero che il perseguimento dell'efficienza è la premessa di ogni difesa credibile del ruolo del pubblico. Sarà tuttavia necessario tenere sempre distinto tale insieme di interventi, quelli «a parità di quantità e qualità di servizi erogati», da azioni più profonde in tema di definizione del perimetro dell'azione pubblica, azioni che vanno ben oltre la dimensione tecnica e dunque non possono che essere oggetto di una ponderata decisione politica. Andrà in particolare evitato che la spinta a contenere a tutti i costi la spesa incoraggi interventi che possono mutare la natura del nostro sistema in direzione di quel welfare residuale che non appartiene né alla tradizione del modello sociale europeo né all'orizzonte ideale del centrosinistra.



## SANITÀ

# Bisogna tagliare, ma nessuno sa dove

## SANITÀ

## *La spending review che nessuno sa fare*

Né il neocommissario Cottarelli né le Regioni hanno un piano pronto.

È molto probabile che torneranno i tagli lineari

Ivan Caviechi

**M**entre Bruxelles dice che la nostra manovra finanziaria è da rivedere, e Cottarelli prepara la sua spending review di 32 miliardi sulla pubblica amministrazione, le Regioni all'unanimità chiedono per la sanità 11 mld in più, 6 per il fondo e 5 per costruire nuovi ospedali. Se in sanità non vi fosse lo scialo che c'è sarebbe una buona notizia almeno per chi crede come me nel ruolo economico della spesa pubblica. Purtroppo lo scialo c'è e per liberare soldi ci vuole una riforma.

**C**Ma le Regioni non hanno questo progetto di riforma e da quello che capisco neanche Cottarelli, che si prepara a mettere in campo nuove restrizioni a partire dalla revisione dei livelli essenziali. Nell'elenco dei suoi obiettivi di risparmio compaiono gli acquisti di beni e servizi, i protocolli terapeutici, ma non la medicina difensiva anche se rappresenta uno spreco di 10 milioni, non i costi della corruzione e degli abusi delle diseconomicie, mentre le anti economie legate alla vetustà del modello di tutela e del sistema di servizi, non è neanche concepito. Quindi tanto Cottarelli che le Regioni non hanno neanche una mezza idea su come intervenire, per cui è probabile che rispuntino i "tagli lineari", perseverando a definanziare il sistema. A me sembra che rifinanziare la sanità e tagliare sulla sanità siano in qualche modo le due facce di una comune incapacità riformatrice. Rifinanziare e definanziare l'invarianza sono due modi diversi per spingere ancora di più il sistema nelle braccia della controriforma.

forma. Cottarelli sta alle Regioni come un certo tipo di "riformista che non c'è" sta a un altro tipo di "riformista che non c'è". Entrambi espongono sempre di più la sanità pubblica a una controriforma.

Ormai sono in tanti coloro che, in sanità, traducono la pochezza dei governatori regionali in una critica radicale all'istituzione regionale in quanto tale. Ma confondere le virtù della barca e l'incapacità del capitano può essere pericoloso. Eppure sia da destra che da sinistra si invoca a gran voce la contro riscrittura del titolo V della Costituzione, cioè la revisione dei poteri regionali sulla sanità inseguendo pericolose centralizzazioni. Viene in mente un bel film, "L'ammutinamento del Caine", nel quale il capitano Quegg, paranoico e nevrotico, viene destituito dall'equipaggio per manifesta incapacità. I governatori che chiedono di rifinanziare la sanità oggi appaiono fuori di testa come il capitano Quegg. Dispiace non essere nelle condizioni di discernere le differenze politiche tra Regioni, che pur esistono, e dispiace accomunare in un bilancio disastroso anche chi ha fatto del suo meglio, ma i fatti parlano chiaro: dopo 12 anni di titolo V il nostro capitano Quegg ha abbassato la spesa tagliando prevalentemente sui diritti dei cittadini; incapace di rispondere ai mutamenti economico-sociali ha spinto il sistema verso la regressività rendendolo sempre più anti economico, ha svenduto un bel pezzo di sanità pubblica al privato. Oggi il nostro "capitano Quegg", nonostante il potere di dettare norme di rango primario, rischia di farci affondare. Accrescere la spesa senza riformare il sistema è insostenibile e spiana la strada alla controriforma. La prova è esattamente Cottarelli e prima di lui Bondi, ma anche le proposte di superamento dell'universalismo avanzate dal governo Letta.

Quindi lo stato confusionale in cui si trova il nostro "capitano Quegg" per noi è il problema. Per rendercene conto basta guardare alla faccenda dei costi standard e a come le Regioni si siano come intrappolate nella loro dappocaggine. Esse, in ogni occasione, ci dicono che il costo standard è un mezzo per di-

fendere sia l'universalismo contro i tagli linearì che le autonomie e le specificità del territorio e dei bisogni di salute. In realtà i costi standard se concepiti secondo le metodologie della contabilità analitica, sarebbero un contro universalismo perché il loro scopo è uniformare in modo lineare la spesa

al ribasso. Ritenere poi che la nozione di standard sia compatibile con quella di autonomia, di specificità e di peculiarità è a dir poco contraddittorio. Gli standard servono a uniformare le differenze.

Il nostro capitano Quegg ha calcolato i costi standard per difendersi dai tagli ma ora scopre di non essere in grado di definirli, perché privo di una epistemologia adeguata, e perché in sanità definirli come si deve è praticamente impossibile. Per venire fuori egli sta tentando il papocchio cioè un rimasticamento degli attuali criteri di distribuzione ponderata. Questa è una buona notizia e una pessima notizia: i costi standard non si faranno ma i problemi legati al finanziamento delle Regioni resteranno irrisolti e Cottarelli avrà buon gioco per tagliare.

Il problema vero quindi è il capitano, non la nave. A questo proposito mi sorprende scoprire che Cottarelli preveda di risparmiare intervenendo, tra le varie cose, sul «personale navigante e aereo navigante». Chissà cosa ha in mente di fare. Da parte mia mi chiedo se con i governatori fuori di testa per salvare la sanità pubblica dal naufragio anche noi, come l'equipaggio del dragamine Caine, non ci si debba ammutinare.

