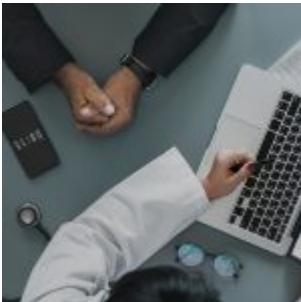


# La sanità diseguale in Calabria secondo OpenCalabria



Su **OpenCalabria** **Domenico Marino** offre un'analisi sulla situazione della sanità in Calabria che, di seguito, vi proponiamo:

Il **piano di rientro della sanità** è stato ed è il Moloch a cui le regioni italiane ritenute meno virtuose hanno dovuto inchinarsi. La Calabria, che nell'immaginario collettivo era classificata fra le regioni sprecone, ha dovuto pagare più di altre i costi del Piano di Rientro con un commissariamento tanto lungo, quanto inutile.

Facendo un bilancio di più di 8 anni di commissariamento, dobbiamo notare con rammarico che nessuno dei problemi strutturali della sanità è stato risolto, che il disavanzo delle strutture sanitarie continua ad essere rilevante, che i **LEA** sono lontani dagli standard nazionali, che ai problemi già atavici il piano di rientro ha aggiunto nuove criticità perché riducendo le risorse e bloccando le assunzioni ha reso problematici i servizi sanitari. L'effetto di questo stato di cose è che, ad esempio, negli ospedali calabresi mancano gli ausiliari, cosa che potrà apparentemente sembrare di poco conto, ma un minimo di conoscenze organizzative ci fa capire che un esercito di generali, senza soldati, ha ben poca strada davanti. Perché sono sicuramente importanti le strutture e le competenze mediche, ma alla fine la logistica del malato è pur sempre fondamentale, soprattutto in quelle patologie che necessitano di diagnosi e interventi urgenti.

E le carenze del sistema sanitario provocano ingenti migrazioni sanitarie. La **Calabria e la Campania** sono fra le regioni che presentano i valori più elevati della mobilità sanitaria. Con un valore che si aggira rispettivamente sui 260 e sui 280 milioni di euro l'anno (Tabella 1). Se, invece, consideriamo i valori pro-capite il dato della Calabria diventa eclatante e vale 130 euro per abitante.

Come dire che **ogni calabrese ha indirettamente una tassa aggiuntiva di 130 euro per la sanità**, una tassa figurativa, potrebbe dire qualcuno, una tassa occulta preferisco dire io, perché poi questo ammontare viene pagato in termini di maggiori imposte, maggiori ticket e minor qualità dei servizi e grava maggiormente sulle fasce deboli e sugli anziani, cioè su coloro che maggiormente hanno bisogno di servizi sanitari. Il piano di rientro vale per la Calabria circa 80 milioni di euro, cioè meno di un terzo di quanto costa la mobilità sanitaria. Ed è ben chiaro che basterebbe abbattere di appena un terzo la mobilità sanitaria per non aver più bisogno di piani di rientro.

Se poi andiamo a guardare quali sono le regioni che beneficiano della mobilità sanitaria troviamo curiosamente **Lombardia ed Emilia Romagna**, le regioni che in una certa misura si possono considerare come azioniste di maggioranza dei due raggruppamenti elettorali che a fasi alterne hanno governato l'Italia negli ultimi 25 anni. Diceva qualcuno che a pensare male si fa peccato, ma non si sbaglia mai e, in questo caso, la considerazione che nasce spontanea sull'impostazione delle politiche sanitarie nazionali, piani di rientro inclusi, è quella che queste politiche siano state costruite su misura e a vantaggio della sanità dell'Emilia Romagna e della Lombardia.

I successi della sanità dell'Emilia e della Lombardia sono anche finanziati dalla mobilità sanitaria di **Calabria, Sicilia, Puglia, Campania e Lazio**. E malgrado questo obolo versato, queste regioni vengono costantemente additate al

pubblico ludibrio come regioni inefficienti. Se andassimo ad indagare sulla tipologia di prestazioni erogate in regime di mobilità sanitaria, troveremmo probabilmente che un buon 50% riguarda DRG (**DRG, Raggruppamenti omogenei di diagnosi**) che avrebbero potuto efficientemente essere erogati nelle strutture sanitarie della provincia di residenza. E allora una prima proposta di buon senso sarebbe quella di eliminare il perverso piano di rientro che di fatto relega la sanità delle regioni interessate in un limbo in cui mancano le risorse per i servizi essenziali e limitare la mobilità sanitaria solo a particolari DRG. Per gli interventi e gli esami di routine il servizio sanitario nazionale non dovrebbe rimborsare le spese fatte fuori regione.

Senza questo correttivo avremo una sanità a due velocità, dove la prima quella di **Emilia e Lombardia** prospera (le due regioni lucrano in termini di mobilità quasi un miliardo di euro) a danno delle sanità regionali deboli che subiscono solo tagli indiscriminati. Per eliminare il cattivo pensiero che dietro questo ci sia un disegno ben preciso e per assicurare parità di trattamento e di opportunità di cura a tutti i cittadini è necessario correggere queste distorsioni, abolire lo strumento del piano di rientro e assegnare risorse ai sistemi sanitari regionali caratterizzati da debolezza. Senza questo correttivo il principio costituzionale di uguaglianza diventa pura utopia.

La soluzione allora non è quella del commissariamento, dei piani di rientro e dei tagli lineari. La soluzione è più semplice.

*Bisogna valutare periodicamente il management e mandare a casa incompetenti e incapaci, anche e soprattutto se amici e sodali dei politici di turno*

bisogna valutare la burocrazia e, con lo strumento della rotazione dei dirigenti, valorizzare le competenze e mettere

gli incompetenti in condizione di non nuocere. Bisogna incentivare comportamenti virtuosi, dando più risorse a chi raggiunge gli obiettivi, togliendole a chi non li raggiunge.

Valutazione e sistema premiale sono gli strumenti per migliorare la sanità, piuttosto che un piano di rientro e un commissariamento che stanno sostanzialmente impoverendo la sanità calabrese e accentuando i differenziali fra i **Livelli Essenziali di Assistenza** rispetto al resto paese. L'effetto tangibile di questo è la mobilità sanitaria che oggi vale tre volte il disavanzo della sanità calabrese. Se, quindi, riducessimo solo di un terzo la mobilità sanitaria non avremmo problemi di piano di rientro. Ma per ridurre la mobilità sanitaria non serve un Commissario ad Acta, serve piuttosto che il sistema sanitario calabrese abbia Credibilità e questa, com'è noto, si conquista sul campo con i risultati e non si consegue per decreto.

Vogliamo una sanità normale in Calabria, dove normale significa competenza, efficienza, merito e dove il clientelismo, l'incompetenza e lo spreco siano messi alla porta. Il vero Piano di Rientro è questo: il rientro nella normalità.

<b>Tabella 1 Mobilità sanitaria in Italia</b>			
<b>Regione</b>	<b>Crediti</b>	<b>Debiti</b>	<b>Saldo</b>
Piemonte	222.308.861	251.573.793	-29.264.932
Valle d'Aosta	11.338.230	20.651.919	-9.313.689
Lombardia	870.819.964	332.393.617	538.426.347
Pa Bolzano	32.418.784	24.572.586	7.846.198
Pa Trento	45.067.637	63.182.958	-18.115.321
Veneto	318.862.876	233.503.962	85.358.914
Friuli Venezia Giulia	101.708.675	72.901.825	28.806.850
Liguria	149.131.443	188.266.507	-39.135.064
Emilia Romagna	569.626.918	236.524.614	333.102.304
Toscana	310.141.493	175.113.801	135.027.692
Umbria	100.029.588	90.223.867	9.805.721
Marche	112.689.874	142.560.611	-29.870.737
Lazio	291.849.033	490.111.029	-198.261.996
Abruzzo	99.568.399	171.719.735	-72.151.336
Molise	86.931.544	59.071.040	27.860.504
Campania	117.836.062	399.512.470	-281.676.408
Puglia	115.492.213	299.956.304	-184.464.091
Basilicata	67.603.303	99.121.927	-31.518.624
Calabria	26.045.968	282.336.573	-256.290.605
Sicilia	70.555.250	249.834.444	-179.279.194
Sardegna	18.122.487	84.403.127	-66.280.640
B. Gesù	192.323.462	1.610	192.321.852
Acismom	37.066.255	0	37.066.255
<b>Totale</b>	<b>3.967.538.321</b>	<b>3.967.538.321</b>	<b>0</b>

*Fonte: Elaborazione Quotidiano Sanità Tabella C Riparto Fsn 2016*