

Il diritto alla Salute in Calabria tra Sanità Pubblica e Sanità privata



a cura di

Candida Tucci

Presidente della Filiera Salute Confapi Calabria

Vicario nazionale Filiera Sanità Confapi

Abstract

Il presente studio analizza la sostenibilità del sistema sanitario regionale calabrese, con particolare attenzione al ruolo del privato accreditato in un contesto caratterizzato da commissariamento prolungato, sottofinanziamento e diseguaglianze territoriali. L'obiettivo è valutare, attraverso un approccio qualitativo-descrittivo, la capacità della Calabria di garantire il diritto alla salute, sancito dall'articolo 32 della Costituzione, in un sistema fragile ma potenzialmente riformabile.

La ricerca si basa su un'analisi documentale e comparativa, con utilizzo di fonti ufficiali (Regione Calabria, ISTAT, GIMBE, RGS) e confronto con modelli regionali virtuosi (Emilia-Romagna, Lombardia, Toscana). Vengono analizzati assetti istituzionali, dati economici e prestazionali, livelli di assistenza, ruolo del privato accreditato, governance e riforme recenti.

I risultati mostrano che, nonostante le criticità strutturali, esistono margini di recupero e innovazione, specie se si rafforza l'integrazione pubblico-privato, la governance multilivello e la sanità territoriale. Il confronto interregionale evidenzia come la qualità della programmazione e l'efficienza della governance contino più del modello formale adottato.

Il paper propone infine una serie di raccomandazioni di policy per rendere sostenibile il sistema sanitario calabrese: superamento del commissariamento, finanziamento orientato ai risultati, piena integrazione del privato accreditato e rafforzamento dei servizi socio-sanitari nelle aree interne. La Calabria, da area critica, può diventare un laboratorio per una sanità più equa, efficiente e territoriale.

1. Introduzione

La Sanità calabrese si trova oggi al centro di una sfida cruciale: trasformare un sistema fragile, commissariato da oltre un decennio, in una rete sostenibile, efficace e capace di rispondere ai bisogni di salute dei cittadini. Il diritto alla salute, sancito dall'articolo 32 della Costituzione italiana, costituisce uno dei pilastri fondamentali dello Stato sociale. Tuttavia, l'universalismo sanitario incontra crescenti sfide di sostenibilità, soprattutto nelle regioni caratterizzate da fragilità economiche, istituzionali e infrastrutturali. La Calabria rappresenta un caso emblematico in tal senso: commissariata da oltre un decennio, con livelli essenziali di assistenza (LEA) spesso al di sotto della soglia di adempienza, mobilità passiva tra le più elevate in Italia e una profonda difficoltà nella costruzione di una sanità territoriale efficace.

Questo contributo propone un'analisi sistematica del sistema sanitario calabrese, con l'obiettivo di valutare le condizioni di sostenibilità economica, organizzativa e sociale del modello attuale, mettendo a confronto il ruolo delle strutture pubbliche e quello delle strutture private accreditate. Il lavoro parte da un'analisi storico-normativa e utilizza fonti ufficiali e dati comparativi (Regione Calabria, GIMBE, RGS, ISTAT) per ricostruire criticità, punti di forza e scenari evolutivi.

L'obiettivo è duplice: da un lato offrire una valutazione empirica fondata, dall'altro avanzare proposte operative orientate a un modello di sanità sostenibile, basato su governance multilivello, integrazione pubblico-privato e valorizzazione del territorio. La Calabria, da regione commissariata, può diventare laboratorio di riforma per l'intero Mezzogiorno.

Questo lavoro nasce dalla convinzione che l'universalismo sanitario non è economicamente insostenibile se gli attori del sistema – cittadini compresi – si muovono in sintonia.

L'approccio adottato è molteplice:

- Fotografare lo stato attuale del sistema sanitario regionale, attraverso dati aggiornati;
- **Evidenziare il ruolo strategico del privato accreditato;**
- Proporre soluzioni concrete utili al sistema come la revisione della normativa sull'assistenza;
- Stimolare una governance partecipata e multilivello, capace di coinvolgere i territori, i sindaci, gli operatori pubblici e privati.

Il documento non ha certo la presunzione di avere finalità didattiche né di offrire una trattazione accademica, propone piuttosto una lettura divulgativa della realtà sanitaria regionale, maturata dall'esperienza di chi opera nell'impresa privata accreditata, con uno sguardo pragmatico e radicato sul territorio e con l'obiettivo di valorizzarne il ruolo all'interno di un sistema salute sostenibile.

Abbiamo voluto unire esperienza imprenditoriale, dati ufficiali e spirito costruttivo per offrire un contributo concreto alla Calabria che desideriamo.

L'auspicio è che questa lettura possa tornare utile a decisori politici, amministratori locali, professionisti della salute, stakeholder del sistema sanitario ed a tutti coloro che hanno a cuore il diritto alla cura in Calabria.

Indice

COSTITUZIONE DELLA REPUBBLICA ART.32

Sezione I – IL CONTESTO

1. Il nostro sistema salute tra Stato, Regioni, ospedali e territoriopag.7
2. La spesa sanitaria in Italia e in Calabriapag.12
3. I presidi ospedalieri in Calabria..... pag.15
4. Le strutture territorialipag.18
5. Il privato accreditato nel Servizio Sanitario.....pag.21
6. I LEA – Livelli Essenziali di Assistenza.....pag.25
7. Il personale sanitario in Calabria.....pag.29

Sezione II – LE EVIDENZE E LE CRITICITA’

8. Dodici anni di commissariamento: bilanci e gestione...pag.33
9. La questione dei bilanci.....pag.39
10. Il pronto soccorso: funzione e crisi.....pag.41
11. Continuità assistenziale: presidio da riformare.....pag.45
12. Il medico di famiglia.....pag.48
13. La mobilità passiva.....pag.51
14. Il contenzioso medico-legale.....pag.55
15. Le liste d’attesa.....pag.57
16. Il sistema socio-assistenziale.....pag.62
17. La questione dei costi.....pag.65

Sezione III – VERSO UN SISTEMA SALUTE SOSTENIBILE

- 18 - Grafici sinteticipag.68
19. La Salute oltre il Pollinopag.70
20. . Le Propostepag.80
21. Scheda di sintesi – Proposte finalipag.82

22. Appendice - Pregiudizi da sfatare sulla sanità privata.....pag.83

23.

Glossario.....
pag.85

Bibliografia.....
.....pag.87

Articolo 32

*“La Repubblica tutela la salute come **fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività**, e garantisce cure **gratuite** agli indigenti.*

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge.

*La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti **dal rispetto** della persona umana.”* **Costituzione della Repubblica Italiana**

*“Il diritto alla salute è una conquista della nostra civiltà”, frutto di decenni di impegno civile, mobilitazione popolare, riforme e progressi scientifici. **Sergio Mattarella***

SEZIONE I. IL CONTESTO

1 – Il nostro sistema salute tra

Stato

Il diritto alla salute è tutelato dall'articolo 32 della Costituzione italiana, che lo riconosce come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività.

A garanzia di questo diritto, nel 1978 con la legge 833 ⁽¹⁾ è stato istituito il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), un sistema pubblico ispirato ai principi di universalità (accesso alle cure per tutti), uguaglianza (parità di diritti indipendentemente dal luogo di residenza) e solidarietà (finanziamento attraverso la fiscalità generale).

e Regioni

Nel 1992 con il Decreto Legislativo 502/1992 ⁽²⁾ si avvia la regionalizzazione del sistema salute in Italia e si introduce una svolta significativa nel sistema: dalla gestione centralizzata si è passati a una governance decentrata, affidando alle Regioni la programmazione dei servizi sanitari.

La riforma è stata rafforzata dal D.Lgs. 229/1999 ⁽³⁾, noto come "riforma Bindi", che ha consolidato il ruolo decisionale delle Regioni, introdotto il modello aziendale per le strutture sanitarie pubbliche (ospedali e ASL trasformati in aziende) ed attribuito loro una maggiore responsabilità nella gestione e nel controllo della spesa sanitaria.

Il processo si è completato con la riforma del Titolo V della Costituzione nel 2001, che ha formalizzato la competenza concorrente tra Stato e Regioni in materia di tutela della salute, dando a queste ultime piena autonomia organizzativa nell'ambito dei principi fondamentali stabiliti dallo Stato.

 *Focus regionalizzazione:*

Avvicinare la gestione della sanità ai bisogni reali dei territori.

 **1. Rendere più efficiente e flessibile il sistema**

Ogni regione ha caratteristiche demografiche, geografiche e sociali diverse.

Una gestione centralizzata non riusciva a rispondere in modo efficace a queste differenze.

Le Regioni, conoscendo meglio il proprio territorio, possono organizzare i servizi in modo più mirato.

 **2. Responsabilizzare le Regioni sulla spesa sanitaria**

Le riforme degli anni '90 (502/1992 e 229/1999) hanno introdotto il principio che "chi spende, deve gestire".

Accordo Stato-Regioni del 2001: individua i livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria, distinguendo tra componente sanitaria (a carico SSN) e sociale (a carico Enti locali)

Le Regioni ricevono fondi e sono responsabili del loro utilizzo, con l'obiettivo di:

contenere i costi,

ridurre gli sprechi,

migliorare i risultati.

✓ 3. Favorire l'innovazione e la sperimentazione

Con più autonomia, le Regioni possono:

sperimentare nuovi modelli (es. medicina territoriale, telemedicina, integrazione socio-sanitaria),

valorizzare collaborazioni pubblico-privato,

attrarre investimenti e competenze.

Ospedale

Nel Servizio Sanitario Nazionale italiano, la distinzione tra *cura in ospedale e *cura sul territorio è fondata su diversi riferimenti normativi, a partire dalla Legge 833/1978, che ha istituito il SSN con l'obiettivo di garantire a tutti i cittadini il diritto alla salute.

L'ospedale è la struttura preposta alla diagnosi e cura delle patologie acute e delle condizioni cliniche che richiedono ricovero in regime ordinario, day hospital o emergenza-urgenza. Svolge funzioni altamente specialistiche ed è organizzato in reparti, unità operative, pronto soccorso, sale operatorie.

Cosa significa "Hub & Spoke"?

È un modello a rete gerarchica:

Hub (centro): ospedale ad alta specializzazione (DEA di II livello), che trattano i casi più complessi.

Spoke (raggi): ospedali periferici (DEA di I livello o Presidi di base), che gestiscono i casi meno gravi e inviano ai centri Hub i pazienti critici.

Comprende:

DEA di I livello (Dipartimento Emergenza e Accettazione)

Ospedali generali con pronto soccorso e specialità di base (medicina, chirurgia, anestesia, diagnostica).

DEA di II livello

Strutture con alta specializzazione e reparti complessi (cardiochirurgia, neurochirurgia, terapia intensiva avanzata). Sono ospedali "hub".

PRESIDI OSPEDALIERI DI BASE (SPOKE)

Ospedali minori che gestiscono casi meno complessi e fanno riferimento ai DEA per i casi gravi.

OSPEDALI MONOSPECIALISTICI

Strutture dedicate a una sola area (es. oncologia, ortopedia, pediatria, ginecologia).

OSPEDALI CLASSIFICATI O EQUIPARATI

Strutture private (es. religiose o enti morali) equiparate ai pubblici e convenzionate con il SSN.

OSPEDALI PRIVATI ACCREDITATI

Strutture non pubbliche, ma abilitate a erogare prestazioni ospedaliere a carico del SSN.

IRCCS (ISTITUTI DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO)

Ospedali specializzati, pubblici o privati, con attività di ricerca scientifica integrata all'assistenza.

OSPEDALI MILITARI

Utilizzati per scopi sanitari, soprattutto in emergenza o supporto a eventi speciali.

OSPEDALI UNIVERSITARI

Collegati alle facoltà di medicina, con funzione assistenziale, formativa e di ricerca.

...e Territorio

Il territorio (assistenza sanitaria, sociosanitaria e socioassistenziale integrata) comprende l'insieme delle prestazioni e servizi che si svolgono al di fuori del contesto ospedaliero. Ha l'obiettivo di prevenire, curare e accompagnare i pazienti nella gestione delle cronicità, della disabilità, della non autosufficienza e delle fragilità sociali.

Comprende:

STRUTTURE SANITARIE TERRITORIALI es. ambulatori, medicina generale, consultori, ADI;

STRUTTURE SOCIO SANITARIE es. centri di riabilitazione, strutture per disabili, residenze psichiatriche;

STRUTTURE SOCIO ASSISTENZIALI es. comunità alloggio, centri diurni, strutture per anziani non autosufficienti.

- (1) Legge 833/1978, artt. 2, 3, 25, 26: definisce la prevenzione, cura e riabilitazione anche in ambito territoriale;
- (2) D.Lgs. 502/1992
- (3) D.Lgs. 229/1999 (riforma Bindi): rafforza il ruolo del territorio e l'integrazione sociosanitaria;

Anno 1978	Riforma Legge 833	Contenuto chiave Istituzione del SSN pubblico e universale
1992	D.Lgs. 502	Inizio della regionalizzazione e aziendalizzazione
1999	D.Lgs. 229 (Bindi)	Rafforzamento ruolo Regioni e autonomia gestionale
2001	Riforma Titolo V	Competenza concorrente Stato-Regioni sulla salute

Modelli Regionali Lombardia	Modello Separazione tra acquirenti (ATS) e fornitori (ASST), forte peso del privato
Emilia-Romagna	Integrazione ospedale-territorio, regia pubblica regionale solida
Toscana	ASL accorpate, gestione accentrata, centralità della prevenzione
Calabria	Commissariamento, piano di rientro, modello misto con presenza del privato accreditato

Il SSN italiano organizzato su più livelli:

- *lo Stato definisce le regole generali e i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), che sono le prestazioni garantite gratuitamente o con ticket in tutto il Paese;*
- *le Regioni programmano e organizzano i servizi; le Aziende Sanitarie Locali (ASP e ASL indicano la stessa cosa, cioè l'ente territoriale che gestisce i servizi sanitari pubblici - ospedali, ambulatori, prevenzione, assistenza - . La differenza è solo nel nome e deriva da scelte organizzative regionali.). ASL = Azienda Sanitaria Locale (usato in gran parte d'Italia: Lombardia, Lazio, Emilia-Romagna, ecc.) ASP = Azienda Sanitaria Provinciale (usato in Calabria e Sicilia) In Calabria, ad esempio, ci sono 5 ASP provinciali (Cosenza, Catanzaro, Crotona, Vibo Valentia, Reggio Calabria). In altre regioni si mantengono le ASL, ma la funzione è analoga.*

rappresenta uno dei pilastri dello Stato sociale italiano.

Il sistema sanitario calabrese si colloca, come quello nazionale, nel quadro del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) istituito con la Legge 833/1978. Tuttavia, a partire dagli anni '90, le riforme che hanno regionalizzato la sanità (D.Lgs. 502/1992 e 229/1999) hanno delegato alle Regioni compiti di programmazione, organizzazione e controllo della spesa.

In Calabria, l'autonomia si è intrecciata con una gestione commissariale protrattasi dal 2010, che ha segnato una sostanziale esautorazione della politica regionale dalla sanità. La riforma del Titolo V della Costituzione (2001) ha reso esplicita la competenza concorrente tra Stato e Regioni, ma senza garantire i necessari strumenti di accountability o di perequazione nei territori fragili.

Nel contesto delle gravi criticità strutturali e gestionali del Servizio Sanitario Regionale, il 7° Rapporto GIMBE 2024 evidenzia la necessità di un cambio di paradigma, sottolineando l'importanza di un'alleanza strategica con il privato accreditato per garantire l'accesso alle cure e la sostenibilità del sistema.

OSPEDALE E TERRITORIO NEL SISTEMA SANITARIO

OSPEDALE

- Ricoveri ordinari e urgenti
- Terapie intensive
- Chirurgia
- Diagnostica complessa
- DEA e pronto soccorso

TERRITORIO

- Assistenza primaria (MMG, PLS)
- Cure domiciliari (ADI)
- Case della Comunità
- Strutture sociosanitarie
- Strutture socioassistenziali

GOVERNANCE STATALE

- Definisce i LEA
- Eroga Fondo Sanitario Nazionale
- Stabilisce standard nazionali (DM 70, DM 77)

GOVERNANCE REGIONALE

- Organizza servizi sul territorio
- Piani sanitari regionali
- Gestione ASP, AO, accreditamenti

2.LA SPESA SANITARIA

IN ITALIA: La spesa sanitaria totale nel 2023 è stata di 176,1 miliardi di euro, di cui 132,9 miliardi pubblica e 45,8 miliardi privata; la spesa out-of-pocket, ovvero quella sostenuta direttamente dai cittadini, ammonta a 40,6 miliardi, mentre quella intermediata da fondi integrativi o assicurazioni è di 2,4 miliardi. ⁽⁴⁾

Stime 2024 -

Spesa sanitaria pubblica: circa 137,9 miliardi di euro (6,3% del PIL)

- Quota sul PIL: ~8,45% (dato OECD)

- Contributo famiglie (spesa privata): circa 26% della spesa totale

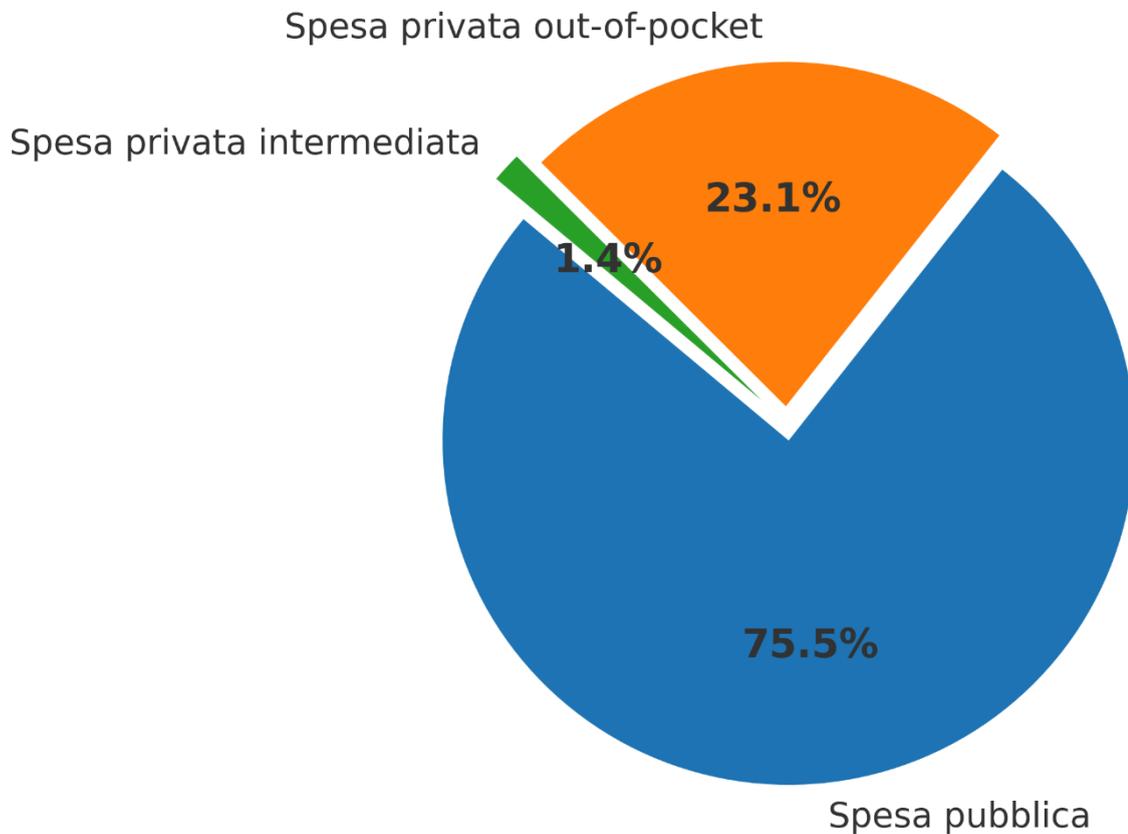
Proiezioni 2025

- Spesa sanitaria pubblica stimata: 142,9 – 143,4 miliardi di euro

- Crescita prevista: +3,6%

- Spesa pro capite stimata: circa 2.425 €

Ripartizione della spesa sanitaria in Italia - 2023 (dati ufficiali aggiornati)



Nota: Osservatorio GIMBE, "Spesa sanitaria privata in Italia 2023"

ISTAT SHA – Sistema dei conti della salute

Elaborazioni su dati RGS e Ministero della Salute

(4) https://salviamo-ssn.it/var/contenuti/Report_Osservatorio_GIMBE_2025.02_Spesa_sanitaria_privata_2023.pdf

IN CALABRIA

Nel 2023, la spesa sanitaria totale in Calabria è stata di circa 3,9 miliardi di euro, registrando una contrazione del 4,3% rispetto ai 4,078 miliardi del 2022.

Dettaglio della spesa sanitaria in Calabria nel 2023:

Spesa pubblica: circa 2,2 miliardi di euro, pari a 2.041 euro pro capite, inferiore alla media nazionale di 2.329 euro

Spesa privata totale: circa 1,7 miliardi di euro, con un incremento del 7,7% rispetto all'anno precedente.

Spesa out-of-pocket (a carico diretto dei cittadini): circa 240 milioni di euro, corrispondenti a 416 euro pro capite, ben al di sotto della media nazionale di 730 euro.

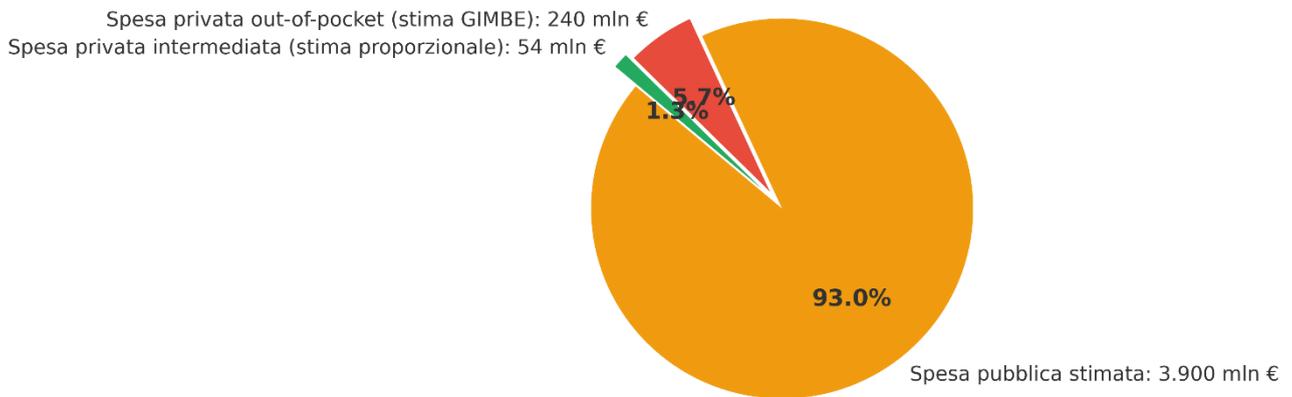
Spesa intermediata (fondi integrativi o assicurazioni): non disponibile per la Calabria; a livello nazionale rappresenta circa il 3% della spesa sanitaria totale. ⁽⁵⁾

(5) https://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCCN_SHA

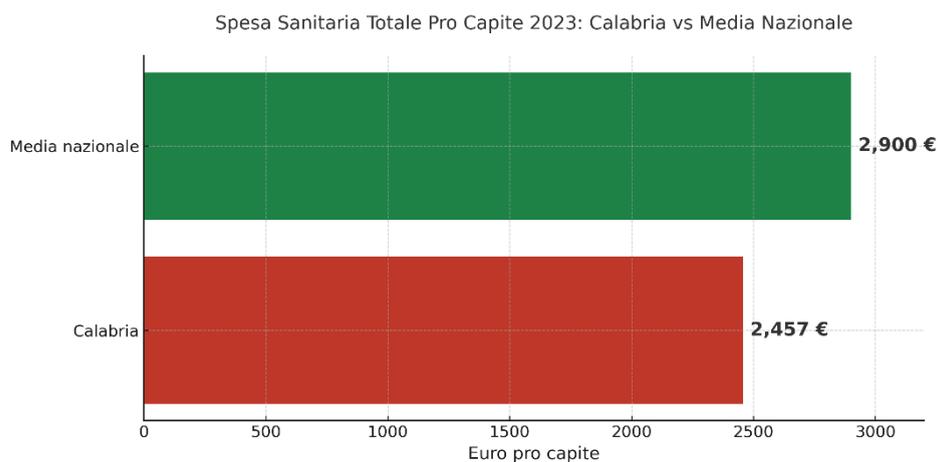
- **La spesa privata intermediata (assicurazioni, fondi, sanità d'impresa) è una stima proporzionale, calcolata applicando alla Calabria la media nazionale (1,4% sul totale). Non esiste un dato ufficiale regionale disponibile su questa componente.**

Voce di spesa	Importo stimato (milioni €)	Quota %	Fonte / Note
Spesa pubblica	3.900	93,0 %	Fonte: elaborazione su dati Regione Calabria e stampa locale autorevole
Spesa privata out-of-pocket	240	5,7 %	Fonte: stima GIMBE – spesa diretta sostenuta dai cittadini ⚠ **Stima proporzionale**:
Spesa privata intermediata	54	1,3 %	applicata la media nazionale (1,4%) alla Calabria; **non esiste un dato ufficiale regionale disponibile

Composizione stimata della Spesa Sanitaria in Calabria – 2023
(Valori in milioni di euro)



Nota: la spesa privata intermediata (assicurazioni, fondi, sanità d'impresa) è una stima proporzionale su base nazionale (1,4%).



Nota: la spesa per la Calabria include 2.041 € di spesa pubblica (fonte RGS/Regione Calabria) e 416 € di spesa privata out-of-pocket (stima GIMBE). La media nazionale include una stima di 571 € di spesa privata.

Nota:

La spesa per la Calabria include 2.041 € di spesa pubblica (fonte RGS/Regione Calabria) e 416 € di spesa privata out-of-pocket (stima GIMBE). La media nazionale include una stima di 571 € di spesa privata.

RGS è l'acronimo di Ragioneria Generale dello Stato, un organismo del Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF) che raccoglie, elabora e pubblica i dati finanziari e strutturali della pubblica amministrazione, compresa la sanità

Considerazioni:

La Calabria presenta una spesa sanitaria pro capite inferiore alla media nazionale sia nel settore pubblico che in quello privato. Nonostante l'aumento della spesa privata, la regione evidenzia una forte dipendenza dal sistema pubblico, che risulta sottofinanziato. Questa situazione contribuisce a un disavanzo sanitario crescente, che nel 2023 ha superato i 126 milioni di euro, rispetto ai 74,6 milioni del 2022.

Inoltre, il 7,3% dei cittadini calabresi ha rinunciato alle cure mediche nel 2023, una percentuale simile alla media nazionale del 7,6%. Questo dato sottolinea le difficoltà di accesso ai servizi sanitari nella regione

In questo scenario, il 7° Rapporto GIMBE 2024 sottolinea che il 54,6% delle prestazioni sanitarie in mobilità sono erogate da strutture private accreditate, evidenziando il ruolo cruciale del privato nel garantire l'accesso alle cure, soprattutto in aree con carenze strutturali. **(vedi approfondimento al capitolo 5. Il Privato Accreditato)**

3. PRESIDI OSPEDALIERI IN CALABRIA

Alla data del 31 dicembre 2023, la Calabria conta 1 838 568 abitanti (dato ISTAT al 1° gennaio 2025) e una rete ospedaliera pubblica composta da:

3 Ospedali Hub (DEA di II livello)

8 Ospedali Spoke (DEA di I livello)

5 Ospedali generalisti con Pronto Soccorso

6 Ospedali di Zona Disagiata

Alla data del 31 dicembre 2023, la rete ospedaliera pubblica della Calabria comprendeva 22 presidi principali con una dotazione programmata di 6.694 posti letto, così suddivisi:

Posti letto per acuti: 5.530

Posti letto per post-acuzie (riabilitazione e lungodegenza): 1.164

Posti letto tecnici (nido, emodialisi, recovery room): 451 ***non confermati***

Totale presidi pubblici principali: 22

A questi si aggiungono le strutture private accreditate, che offrono:

1.700 posti letto accreditati

Il numero totale dei posti letto in Calabria è pari a 6.694 (effettivi disponibili: 6.395), corrispondenti a circa 3,50 posti letto ogni 1.000 abitanti, valore pienamente in linea con la media nazionale.

Secondo la programmazione ufficiale della Regione Calabria, al 31 dicembre 2023 la dotazione programmata di posti letto era:

Totale posti letto: 6.694

Posti letto per acuti: 5.530

Posti letto per post-acuzie (riabilitazione e lungodegenza): 1.164

Rapporto posti letto per 1.000 abitanti: 3,50

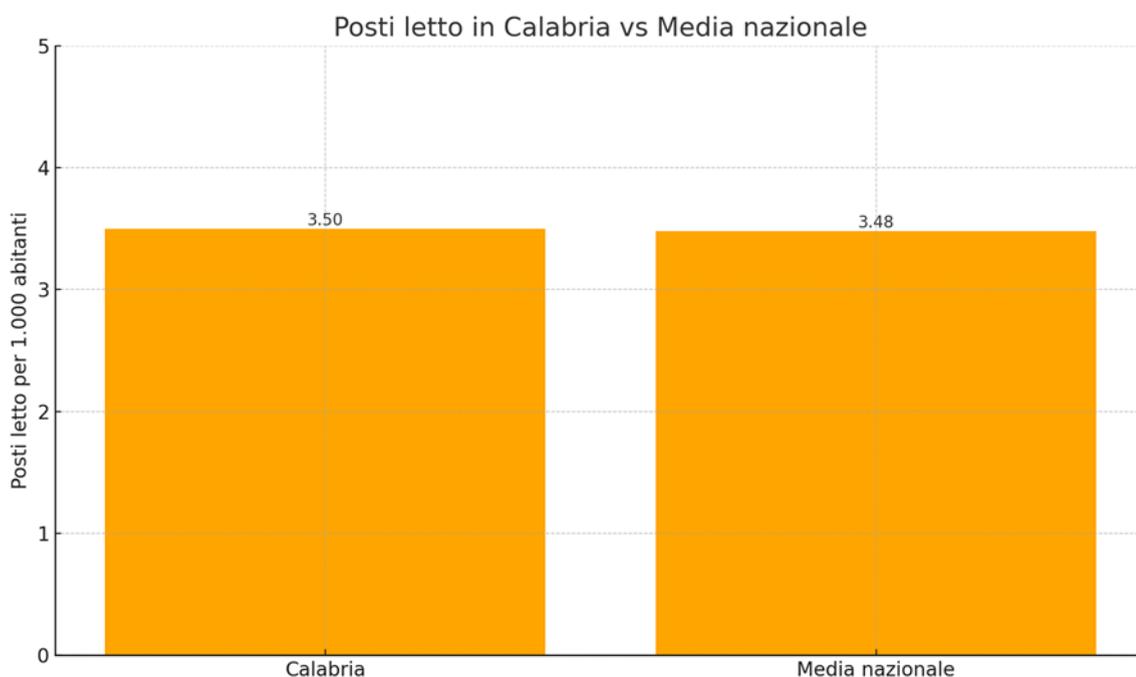
Regione Calabria

Questi dati sono riportati nel documento ufficiale della Regione Calabria sulla programmazione della rete ospedaliera.

Pertanto, il numero di posti letto al 31 dicembre 2023 è 6.694, con un rapporto aggiornato di 3,50 posti letto ogni 1.000 abitanti (dati Regione Calabria 2023). ⁽⁶⁾

(6)

<https://www.regione.calabria.it/wp-content/uploads/2023/07/programmazione-rete-ospedaliera.pdf>



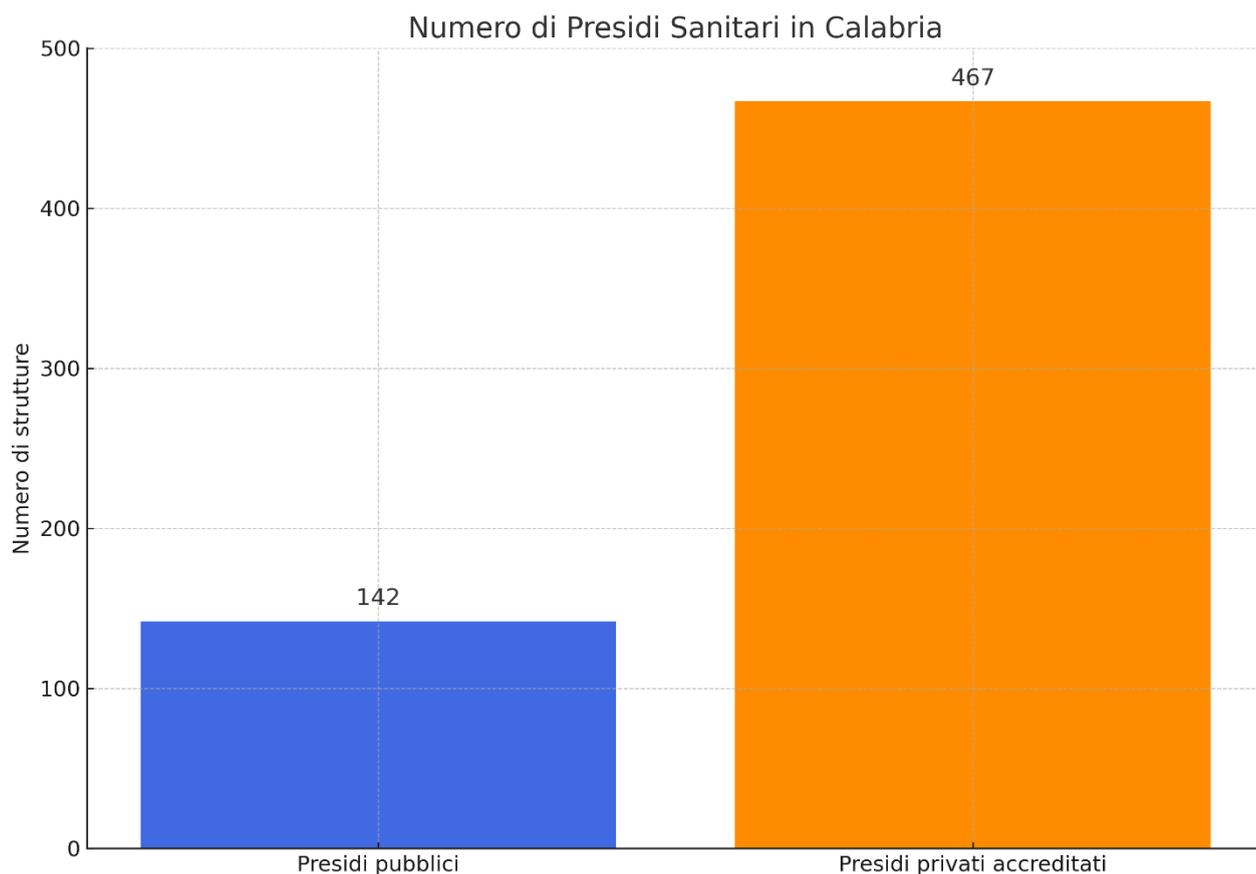
Ogni presidio pubblico serve mediamente meno di 92.000 abitanti, un rapporto che assicura una copertura potenzialmente adeguata se integrata da una rete territoriale efficiente.

Non è quindi il numero di strutture a mancare, ma la loro integrazione e la valorizzazione del privato accreditato, che svolge un ruolo cruciale nella fase post-acuta e nella deospedalizzazione.

(7) vedi pag.16

Nonostante il numero complessivo dei presidi sia elevato, permangono gravi squilibri territoriali. In molte aree interne e montane, la carenza di offerta pubblica rende indispensabile l'apporto del privato accreditato e del Terzo Settore. Il problema non è tanto "quanti" presidi ci sono, ma dove sono collocati, come sono integrati tra loro e quale funzione svolgono.

(Dati elaborati da Confapi Salute su fonti pubbliche ufficiali)



4. STRUTTURE TERRITORIALI IN CALABRIA

La rete delle infrastrutture sanitarie territoriali in Calabria resta ancora fragile e incompleta, ma negli ultimi anni ha conosciuto un impulso concreto sotto la guida del presidente–commissario **Roberto Occhiuto**, che ha avviato la programmazione prevista dal **DM 77/2022** e dal **PNRR**.

Le **Case della Comunità**, gli **Ospedali di Comunità** e le **Centrali Operative Territoriali (COT)** sono oggi oggetto di interventi strutturali e progettuali: molte opere sono in fase di realizzazione e costituiscono un passaggio indispensabile per portare finalmente sul territorio un'assistenza integrata tra medici di medicina generale, specialisti, infermieri e servizi sociali. * 🏠 **Badolato (CZ) – Casa della Comunità e Ospedale di Comunità integrati**

A Badolato, è in corso la realizzazione di una struttura all'avanguardia che unisce una Casa della Comunità – modello *spoke* per un bacino di circa 25.000 abitanti – a un Ospedale di Comunità da 20 posti letto. Il progetto è finanziato con fondi PNRR e regionali (oltre 4,2 milioni di euro) e prevede una riconversione funzionale intelligente, con spazi comuni, telemedicina, percorsi multidisciplinari e l'implementazione delle COT. Un vero "case study" di riferimento nazionale. [ANSA.itRegione Calabria+7Regione Calabria+7Consiglio Regionale Calabria+7](#)

🏠 Nord-Est della Calabria – 11 nuove Case della Comunità PNRR

Nel Distretto Esaro/Pollino sono previste quattro strutture (Hub e Spoke) – tra cui Mormanno, Lungro, Roggiano Gravina – finanziate con circa 2,5 milioni di euro ciascuna. Nel Distretto Ionico se ne aggiungono sette, tra cui Cassano Jonio, Villapiana, Longobucco, con importi analoghi. Queste infrastrutture rappresentano una risposta concreta al bisogno di "medicina di prossimità" e integrazione con AFT e UCCP. [Regione Calabria+3EcoDelloJonio.it+3Consiglio Regionale Calabria+3](#)

🏠 Rete delle Case della Comunità – PNRR in dettaglio

La Regione Calabria ha ottenuto un finanziamento complessivo di circa **84,7 milioni di euro** per realizzare **57 Case della Comunità**, **3,3 milioni per 19 Centrali Operative Territoriali**, e **37,6 milioni per 15 Ospedali di Comunità**, a valere sul PNRR Missione 6

La **continuità assistenziale (ex guardia medica)** continua a rappresentare in molte aree interne l'unico presidio h24, spesso con carenze logistiche e digitali, ma la riorganizzazione avviata dalla Regione mira a inserirla in una rete più ampia e moderna di servizi territoriali.

Sul fronte della **digitalizzazione**, la Calabria ha compiuto passi in avanti significativi: il **Fascicolo Sanitario Elettronico è attivo e accessibile ai cittadini**, e grazie al progetto nazionale **FSE 2.0** sta diventando uno strumento di lavoro sempre più utile e integrato. L'obiettivo è che entro i prossimi anni il FSE diventi la piattaforma di riferimento quotidiana per medici, operatori sanitari e pazienti, garantendo interoperabilità e continuità delle cure.

Grazie alla governance commissariale, la Calabria si sta finalmente allineando agli standard nazionali, con una prospettiva di riforma che punta a trasformare un

sistema fragile in una rete territoriale moderna, capillare e vicina ai bisogni delle persone

Questa situazione rende la medicina territoriale poco efficace e contribuisce all'iper-afflusso ai Pronto Soccorso, anche per casi non urgenti, aggravando il sovraccarico del sistema ospedaliero.

Per rispondere a queste criticità, la Regione Calabria ha avviato, nell'ambito del PNRR (Missione 6 – Salute), la realizzazione delle seguenti infrastrutture sanitarie territoriali:

Case della Comunità (CdC)

Numero previsto: 61

Finanziamento assegnato: €84.677.260

Obiettivo: garantire cure primarie integrate, accesso facilitato, presa in carico cronici, prevenzione e prossimità.

Stato: in fase di attuazione. Sono state individuate le sedi e avviate le progettazioni. Al momento nessuna CdC risulta pienamente operativa secondo gli standard DM 77, alcune parzialmente avviate.

***Case della Comunità (CdC): progetti avviati in più province**

Ad **Amantea (CS)**, il progetto esecutivo è **concluso e validato**, il contratto stipulato e i **lavori già in corso** (a data di riferimento 15 giugno 2025) [Consiglio Regionale Calabria+5Asprc+5PD Calabria+5Regione Calabria](#).

A **Cosenza**, è in via di realizzazione la **Casa della Comunità in via Bendicenti**, con un finanziamento di circa **2,1 milioni di euro** [Open PNRR](#).

A **Catanzaro**, sono stati approvati i progetti esecutivi per le CdC di **Catanzaro Lido** e quella in **via Francesco Acri**, riflettendo la concreta avanzata della programmazione M6-1.1 del PNRR

Ospedali di Comunità (OdC)

Numero previsto: 20

Finanziamento assegnato: €37.631.958

Obiettivo: fornire cure a bassa intensità clinica e facilitare la continuità tra ospedale e territorio.

Stato: fase di implementazione avviata, ma nessuna struttura è ancora attiva.

***Ospedali di Comunità (OdC): di 20 strutture previste, 14 sono già operative o prossime all'avvio. Notevole progresso per l'OdC di Gerace, con progetto esecutivo approvato dopo 27 anni di attesa**

Centrali Operative Territoriali (COT)

Numero previsto: 21

Finanziamento assegnato: €5.250.000

Obiettivo: coordinare i servizi territoriali e i percorsi dei pazienti cronici o fragili.

Stato: prime fasi di attivazione, con avvisi pubblici per il reclutamento del personale e definizione dei modelli organizzativi.

****Centrali Operative Territoriali (COT):** già **20 attive**, superando il target fissato dal PNRR, con la ventunesima centrale in arrivo a Vibo Valentia. Le COT diventano così punti organizzativi chiave per integrare assistenza domiciliare, ospedaliera, sociosanitaria e telemedicina.*

Digitalizzazione – Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)

Portale attivo, ma scarsamente utilizzato da MMG e specialisti.

Stato: digitalizzazione in corso, ma l'uso integrato del FSE nella pratica clinica quotidiana è ancora molto limitato

(8) <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/SG>

Tra Cittadino e Ospedale: UN TERRITORIO FORTE



5. IL PRIVATO ACCREDITATO NEL SERVIZIO SANITARIO

Nel contesto del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), il privato accreditato è un soggetto giuridico (impresa, cooperativa, fondazione, ente religioso, ecc.) non appartenente alla pubblica amministrazione, ma abilitato a erogare prestazioni sanitarie o sociosanitarie per conto del SSN, in regime di equivalenza con le strutture pubbliche.

L'accreditamento istituzionale consente a queste strutture di erogare servizi rimborsabili dal sistema sanitario pubblico, su prescrizione medica, senza oneri aggiuntivi per il cittadino, al pari delle strutture pubbliche (salvo ticket, se previsto).

Il privato viene accreditato per consentire alle Regioni di ampliare l'offerta assistenziale, garantendo:

- Maggiore capillarità territoriale;
- Riduzione dei tempi di attesa;
- Integrazione funzionale con la rete pubblica, soprattutto in contesti di carenza di personale o di strutture;
- Efficienza dei costi, attraverso l'acquisto di prestazioni a tariffa predeterminata.

L'accreditamento istituzionale è uno strumento di programmazione e regolazione della sanità regionale, fondato sul principio di integrazione e complementarietà tra pubblico e privato.

Evoluzione normativa

Il ricorso ai soggetti privati è previsto fin dalla nascita del SSN:

Legge n. 833/1978, art. 8: prevede la possibilità per le ASP di stipulare convenzioni con enti pubblici e privati per l'erogazione di prestazioni sanitarie e assistenziali.

In questa fase si parlava di "convenzionamento", non ancora di "accreditamento".

Il concetto moderno di accreditamento istituzionale nasce successivamente, con il d.lgs n. 502/1992, poi modificato dalla L. 517/1993 e soprattutto dal D.Lgs. n. 229/1999 (riforma Bindi) viene introdotto l'accreditamento come titolo abilitativo, distinto dall'autorizzazione all'esercizio. Si stabilisce, inoltre, che l'accreditamento sia rilasciato dalle Regioni che ne definiscono requisiti, modalità e programmazione.

Ancora. Il D.P.R. 14 gennaio 1997 ⁽⁸⁾: definisce i requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi per l'autorizzazione.

(9) <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1997/02/20/097A1165/SG>

Il DPCM 12 gennaio 2017 ⁽⁹⁾: aggiorna i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), stabilendo quali prestazioni possono essere erogate da soggetti privati accreditati.

(10) <https://www.salute.gov.it/new/it/tema/livelli-essenziali-di-assistenza/il-dpcm-del-2017-e-gli-allegati/>

Quali requisiti deve avere

Per ottenere l'accreditamento, una struttura deve:

- Essere autorizzata all'esercizio secondo le normative regionali;
- Possedere i requisiti di accreditamento previsti dalla normativa nazionale e regionale, articolati in:
 - Strutturali (adeguatezza dei locali, abbattimento barriere architettoniche);
 - Tecnologici (apparecchiature e dispositivi conformi);
 - Organizzativi e professionali (personale qualificato, sistemi di qualità, protocolli di sicurezza);
 - Etico-gestionali (rispetto della normativa sulla privacy, trasparenza nei rapporti economici, etc.).

In Calabria, il riferimento attuale è il DCA n. 72/2021, che definisce le modalità per il rilascio e il mantenimento dell'accreditamento.

Chi controlla i requisiti

Il rispetto e il mantenimento dei requisiti sono soggetti a verifiche periodiche da parte di:

Dipartimento Tutela della Salute della Regione Calabria, che gestisce l'istruttoria e concede l'accreditamento;

Aziende Sanitarie Provinciali (ASP), che effettuano verifiche e sopralluoghi;

Commissioni di vigilanza regionali, composte da tecnici, sanitari e rappresentanti istituzionali;

Ministero della Salute, tramite il Sistema di verifica e controllo dell'assistenza sanitaria (SiVeAS), per monitoraggi di livello nazionale.

Al 14 giugno 2024, in Calabria risultano attive:

467 strutture sanitarie private accreditate

(certificate ai sensi dell'accreditamento istituzionale regionale, comprendenti:)

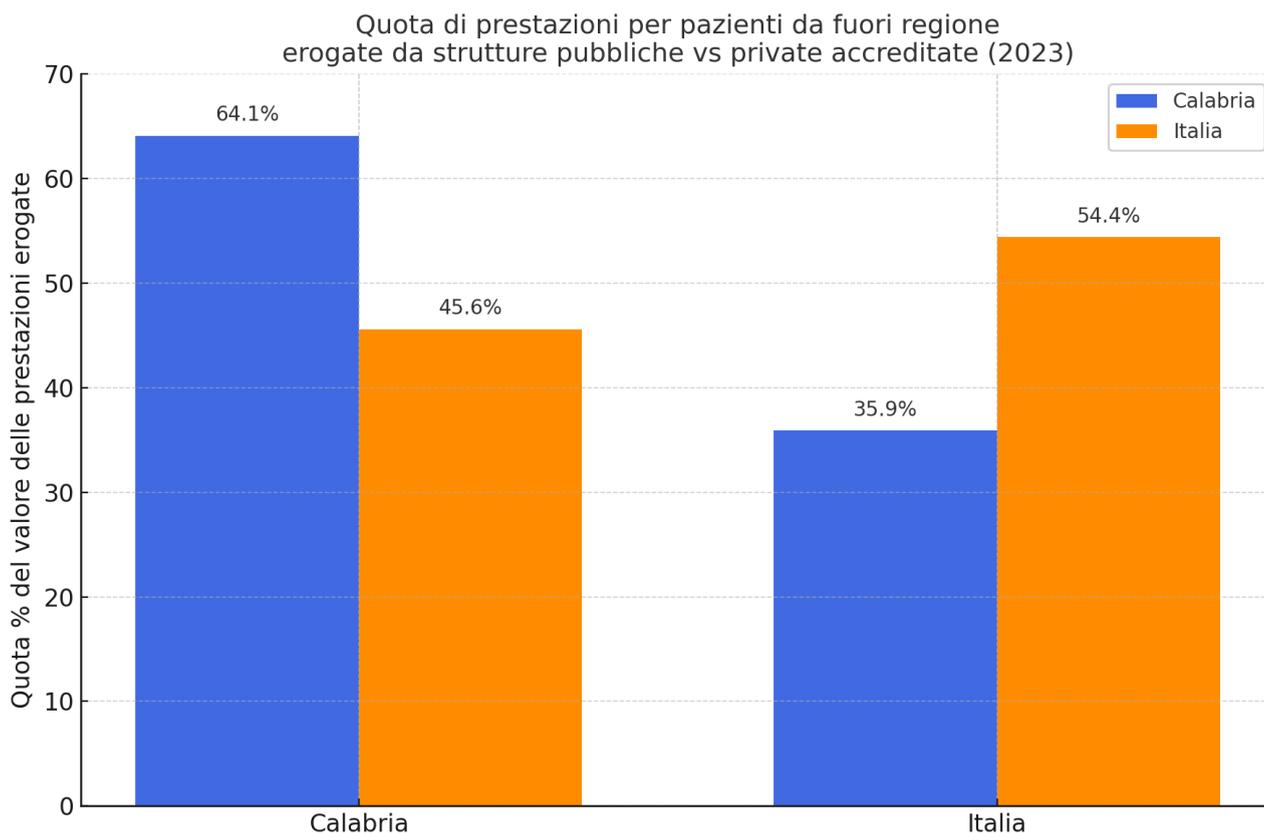
- Case di cura e cliniche private
- Laboratori di analisi
- Poliambulatori specialistici
- Centri di riabilitazione
- Strutture di diagnostica per immagini

575 strutture socio-assistenziali accreditate

(accoglienza e assistenza per anziani, disabili, minori, tossicodipendenti e altri soggetti fragili)

Fonte: dati ufficiali della Regione Calabria e ricognizione Confapi Salute, aggiornati al 2024.

In Calabria, le strutture private accreditate erogano il 35,9% del valore totale della mobilità sanitaria attiva regionale, un dato inferiore alla media nazionale del 54,4%, ma comunque indicativo della loro importanza nel sistema sanitario regionale. Tuttavia, la governance del rapporto pubblico-privato appare ancora centrata su logiche emergenziali o di surroga, più che su una reale programmazione condivisa.



 **Legenda – Prestazioni sanitarie in mobilità (7° Rapporto GIMBE 2024)**

Il grafico mostra la distribuzione percentuale delle prestazioni sanitarie erogate in mobilità interregionale sul territorio italiano, distinguendo tra:

Strutture pubbliche (45,4%)

Strutture private accreditate (54,6%)

 **In Calabria**

Questo dato nazionale conferma che il privato accreditato è una risorsa strategica anche per la Calabria, non solo per ridurre la mobilità passiva, ma per diventare attrattiva verso pazienti di altre regioni, specie in settori specialistici (riabilitazione, diagnostica, ortopedia). Le prestazioni sanitarie in mobilità sono le cure erogate in una Regione diversa da quella di residenza del paziente.

Due tipi:

Mobilità attiva: quando una Regione riceve pazienti da fuori (es. Marche).

Mobilità passiva: quando una Regione “perde” pazienti che vanno a curarsi altrove (es. Calabria)

6. LEA – LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), formalmente definiti nel 2001 e aggiornati nel 2006, rappresentano l'elenco delle prestazioni e dei servizi sanitari che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a garantire uniformemente su tutto il territorio. Il **DPCM 12 gennaio 2017** (pubblicato in Gazzetta il 18 marzo 2017) ha **sostituito integralmente** quello del 2001, ridefinendo interamente i LEA (prevenzione, assistenza distrettuale, ospedaliera, rare malattie, odontoiatria, protesica, ecc.) sanitainformazione.it+15salute.gov.it+15camera.it+15.

Dal 2017 è prevista una procedura di **aggiornamento annuale** da parte della Commissione nazionale, come stabilito sempre dal 2017 it.wikipedia.orgcamera.it; tuttavia, finora non risulta l'adozione di un nuovo DPCM dopo quello del 2017.

Per quanto riguarda il monitoraggio regionale, il **Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)** in vigore dal **1° gennaio 2020**, introdotto dal DM 12 marzo 2019, ha preso il posto della precedente "griglia LEA"

. Dal 2020, per la verifica dell'adempienza regionale si utilizza il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), che valuta le Regioni in tre aree—prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera—assegnando un punteggio da 0 a 100; l'adempienza richiede almeno 60 punti per ciascuna area

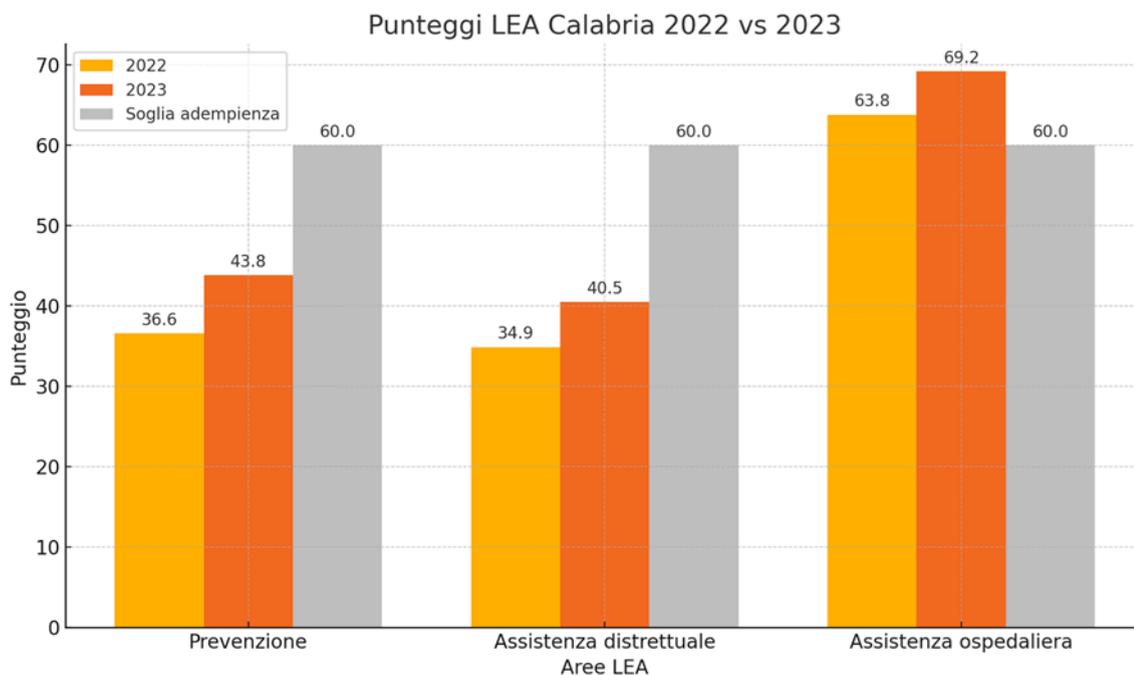
 Dati aggiornati per la Calabria (fonte: GIMBE / Ministero—dati preliminari 2023)

	2022	2023	Differenza
- Prevenzione collettiva e sanità pubblica	36,59	43,82	+7,23
- Assistenza distrettuale	34,88	40,48	+5,60
- Assistenza ospedaliera	63,78	69,16	+5,38
Totale (somma punteggi aree)	135,25 (*)	153,46	+18,21

La prevenzione mostra miglioramenti, con la Regione che ha chiesto al Ministero una rettifica basata sull'Anagrafe Nazionale Vaccini, che se accolta porterebbe il punteggio sopra i 60, garantendo l'adempienza in questa area

L'assistenza ospedaliera supera la soglia grazie a una crescita da 63,78 a 69,16.

L'assistenza distrettuale, pur in crescita, rimane sotto la soglia minima (40,48 < 60), mantenendo la Calabria in stato di inadempienza NSG.



Nel 2023 (GIMBE) la Calabria ha registrato miglioramenti nei punteggi LEA in tutte e tre le aree valutate:

Nel 2022 la Calabria aveva ottenuto un punteggio di 36,59 per l'area "Prevenzione collettiva e sanità pubblica" nell'ambito dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza). Nel 2023 il punteggio è salito a 43,82. Tuttavia, la Regione ha presentato una richiesta di rettifica che, se accolta, potrebbe portare il punteggio a 68, permettendo così di superare la soglia di adempienza prevista (60 punti).

Questa area valuta le attività di prevenzione rivolte alla collettività, come vaccinazioni, screening oncologici, controlli su alimenti e ambiente, medicina del lavoro, igiene pubblica e promozione della salute.

Nel 2022 la Calabria ha ottenuto un punteggio di 34,88 per l'area "Assistenza distrettuale" dei LEA. Nel 2023 il punteggio è salito a 40,48, ma resta comunque al di sotto della soglia di adempienza fissata a 60 punti.

Questa area comprende i servizi sanitari territoriali come l'assistenza domiciliare, la continuità assistenziale (ex guardia medica), l'assistenza farmaceutica, l'assistenza agli anziani e ai disabili, e l'assistenza sanitaria nei consultori e nei presidi territoriali.

Nel 2022 la Calabria aveva ottenuto un punteggio di 63,78 per l'area "Assistenza ospedaliera" dei LEA. Nel 2023 il punteggio è salito a 69,16, confermando il superamento della soglia di adempienza, fissata a 60 punti.

Questa area valuta la qualità e l'efficienza dei ricoveri ospedalieri, l'appropriatezza dei ricoveri per acuti, il ricorso alla chirurgia in day hospital, l'efficacia dei percorsi per infarto, ictus, fratture del femore e altre emergenze sanitarie trattate in ospedale.

Il punteggio complessivo è passato da 135,25 nel 2022 a 153,46 nel 2023 (dati GIMBE 2024), segnando un incremento di 18,21 punti.

Nonostante questi progressi, la Calabria risulta ancora inadempiente secondo il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), poiché non ha raggiunto la soglia minima di 60 punti in tutte le aree valutate.

In particolare, nell'area distrettuale, permangono criticità legate all'assistenza domiciliare integrata (ADI) e ai tempi di risposta dei mezzi di soccorso. Per raggiungere gli obiettivi del PNRR, sarebbe necessario un incremento del 416% degli assistiti over 65.

Bisognerebbe quintuplicare il numero di assistiti, passando da circa 12.000 a oltre 60.000 anziani raggiunti.

Focus: assistenza domiciliare (ADI) e PNRR

Obiettivo PNRR 2026: 10 % degli over 65 con ADI.

Dato 2023 (fonte Agenas/Salute Equità): Calabria raggiunge 1,67 % degli over 65 in ADI (anche over 75 è appena 2,87 %)

Per centrare l'obiettivo occorrerebbe un incremento di circa il 416 % in poco più di due anni.

Criticità: non solo pochi assistiti e bassa intensità di cura, ma anche tempi troppo brevi (molto spesso un solo accesso) e scarsità di personale specializzato (infermieri, OSS, medici palliativisti)

Rischio reale: se non si potenzia rapidamente l'assistenza domiciliare, la Calabria rischia di perdere le risorse PNRR legate alla Missione 6 Salute o di utilizzarle solo formalmente, senza reale impatto

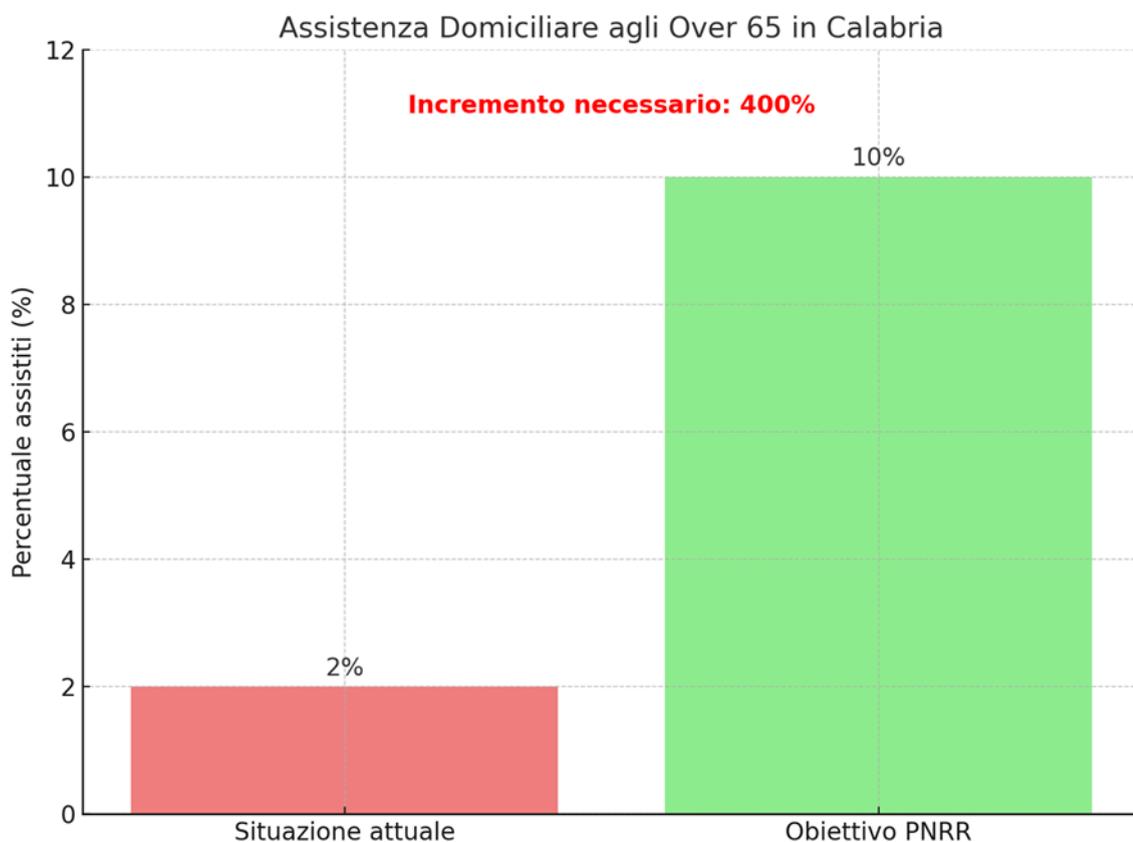
Il sovraccarico degli ospedali, i ricoveri impropri e l'aumento della spesa sanitaria sono conseguenze dirette di queste carenze, generando iniquità nell'accesso all'assistenza, specie per anziani e disabili.

(*) Il punteggio 135,26 su 300 nel sistema dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) indica che la regione ha ottenuto solo 135,26 punti su un massimo possibile di 300 nella griglia LEA, che valuta le prestazioni sanitarie erogate da ogni Regione.

300 è il punteggio massimo teorico: rappresenta il livello ottimale di erogazione dei servizi sanitari essenziali.

135,25 è il punteggio effettivo raggiunto dalla Regione. ⁽¹¹⁾

(11) <https://www.gimbe.org/osservatorio-ssn/lea-livelli-essenziali-di-assistenza/lea-2023/>



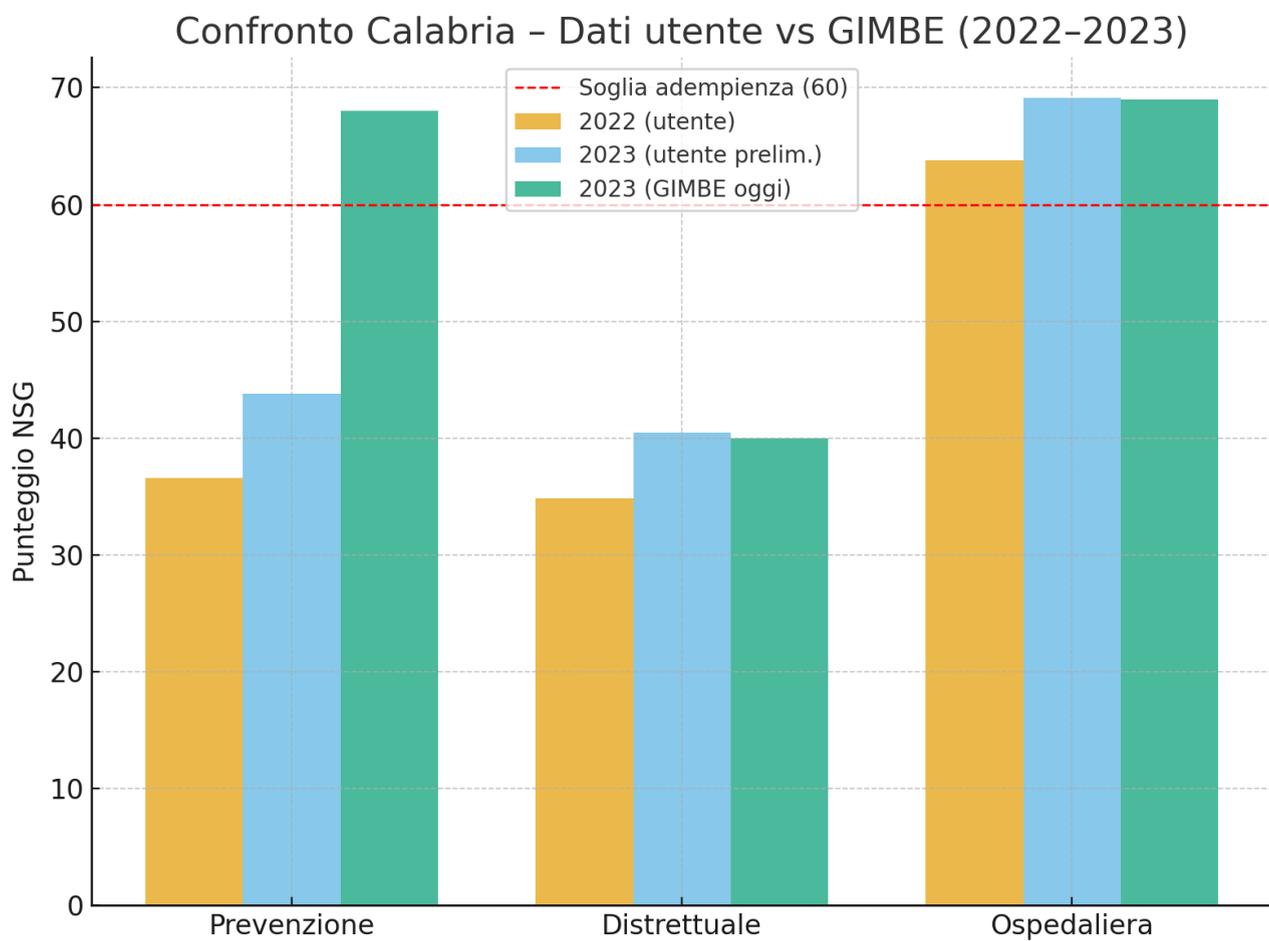
AGGIORNAMENTO SETTEMBRE 2025 –

L'analisi pubblicata dalla Fondazione GIMBE il 3 settembre 2025, basata sui dati ufficiali del Ministero della Salute relativi al 2023, evidenzia luci e ombre nell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in Italia.

Solo 13 regioni risultano adempienti, tra cui Campania, Puglia e Sardegna come uniche rappresentanti del Mezzogiorno. Al contrario, 8 regioni peggiorano le proprie performance rispetto al 2022: cali particolarmente rilevanti si registrano in Lazio (-10 punti), Sicilia (-11), Lombardia (-14) e Basilicata (-19).

Sul fronte positivo, spicca il risultato della Calabria, che registra un incremento di +41 punti, e della Sardegna, con un +26 punti. Nonostante ciò, le disuguaglianze territoriali restano marcate: le regioni settentrionali confermano una maggiore stabilità, mentre nel Sud la situazione rimane fragile e disomogenea.

Questi dati confermano come il divario Nord–Sud rappresenti ancora oggi una sfida centrale per il sistema sanitario italiano e rafforzano l’urgenza di politiche di riequilibrio, investimenti mirati e un’alleanza più forte tra pubblico e privato, affinché i cittadini possano godere di diritti di salute uniformi su tutto il territorio nazionale.



7. PERSONALE SANITARIO NEI PRESIDI PUBBLICI IN CALABRIA

Dati aggiornati al 2024:

Totale personale sanitario: circa 20.000 unità

Assunzioni previste nel 2024: 2.115 nuove unità, suddivise in:

440 medici

20 infermieri

219 OSS

421 altri profili (es. tecnici, fisioterapisti, amministrativi)

850 unità per turnover

Distribuzione dei Ruoli

Dirigenti sanitari: In base al fabbisogno regionale, sono previsti circa 1.000 dirigenti tra medici e altri professionisti sanitari

Personale operativo nei reparti: La maggior parte del personale sanitario è impiegata direttamente nei reparti ospedalieri e nei servizi territoriali.

Personale Inidoneo o Ricollocato

Totale personale fuori ruolo: 1.625 unità, di cui:

1.472 con idoneità certificata o limitazioni

153 ricollocati in mansioni amministrative

Infermieri inidonei: Secondo stime non ufficiali, oltre 1.000 infermieri risultano inidonei al servizio attivo

Distribuzione territoriale dei casi accertati:

343 a Reggio Calabria

570 tra Cosenza, Crotone e Catanzaro ⁽¹⁰⁾

(12) **DCA 102 del 20 maggio 2024** autorizzava **404 assunzioni** in ambito sanitario. Poi integrato da un **ulteriore decreto (firmato il 27 luglio 2024)**, che ha aggiunto **861 nuove unità**.

Complessivamente, contando anche il **turnover di 850 unità**, le assunzioni previste per l'anno sono **2.115 unità**, come da piano regionale ⁽¹²⁾

(12) <https://www.regione.calabria.it/dipartimento-salute-e-welfare/>

<https://www.regione.calabria.it/wp-content/uploads/2024/08/DECRETO-N.-11069-DEL-30.07.2024.pdf>

https://www.regione.calabria.it/wp-content/uploads/2025/04/Atto_numero_5764_del_17-04-2025.pdf

<https://www.regione.calabria.it/wp-content/uploads/2024/11/15865-DEL-13.11.2024-DECRETO-INC.-VAC.-E.S.T.-2024.pdf>

https://www.asp.cosenza.it/trasparente/?p=Dotazione_organica

Considerazioni

La presenza significativa di personale inidoneo o ricollocato in mansioni diverse da quelle per cui è stato assunto rappresenta una criticità per l'efficienza del sistema sanitario calabrese. Le recenti assunzioni mirano a colmare queste lacune e a garantire un servizio sanitario più efficace per la popolazione.

■ **1. Gettonisti e cooperazione privata: costi insostenibili**

- Medici a gettone costano fino a 150€/ora contro i 40€/ora di un medico assunto.
- Un medico a gettone arriva a 50.000€/mese per il SSR (dati Occhiuto).
- Le cooperative agiscono senza trasparenza, con affidamenti diretti spesso frazionati e non sottoposti a gara pubblica, esponendo al rischio di illeciti e sprechi (segnalazioni ANAC).
- Esempio: l'ASP di Reggio Calabria ha pagato 150€/h a GAP Medical, poi ha chiesto all'ANAC un parere solo dopo l'affidamento.

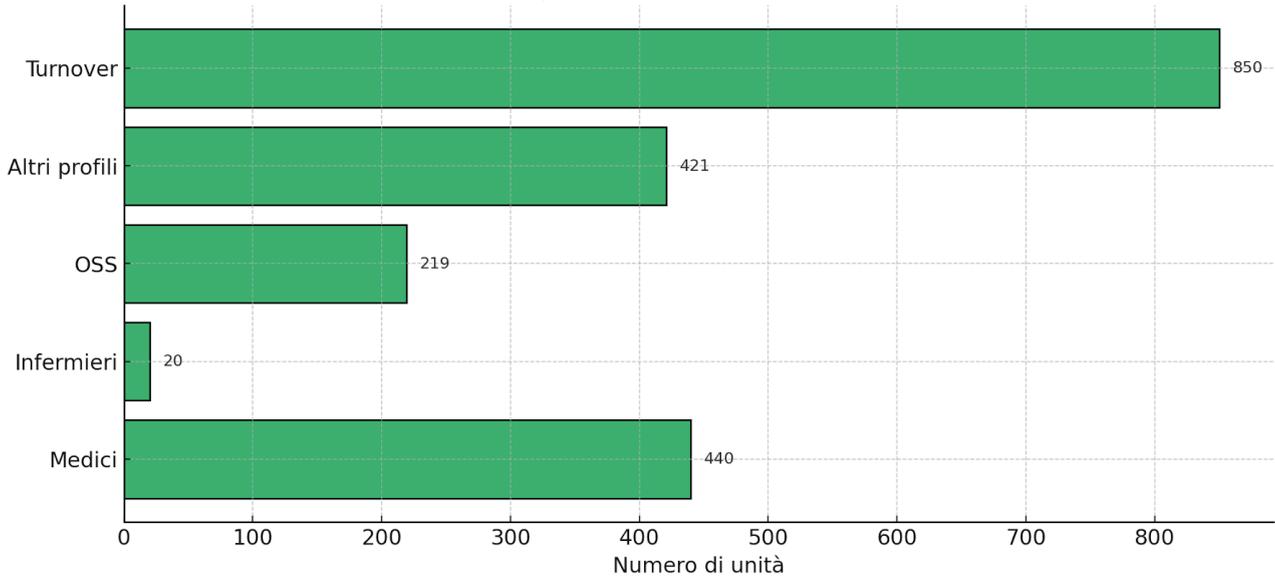
■ 2. Emergenza personale sanitario e fuga dei medici

- Concorsi vanno deserti perché il privato garantisce condizioni economiche migliori.
- Medici calabresi emigrati non vogliono rientrare, anche a fronte di incarichi prestigiosi (testimonianza Corcioni).
- La percezione del lavoro sanitario in Calabria è negativa: carenza di sicurezza, rischio aggressioni, disorganizzazione.

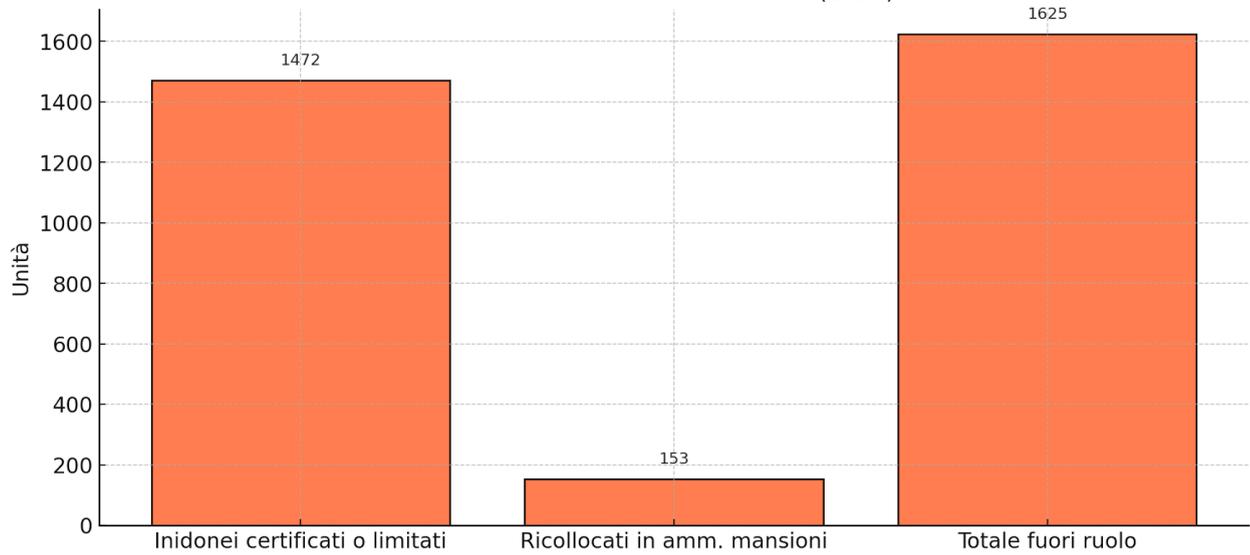
■ 3. Medici cubani: soluzione tampone o rischio?

- 497 medici cubani reclutati con un contratto da 28 milioni/anno.
- Inizialmente percepivano 1.200€/mese (fonte: dichiarazioni stampa presidente Occhiuto), mentre il resto andava alla società cubana. Dopo l'intervento del Ministero del Lavoro, i compensi sono stati versati direttamente ai medici.
- Critiche da parte dell'Ordine dei Medici, UNHCR e Parlamento europeo per presunte violazioni dei diritti e mancanza di verifica dei titoli.

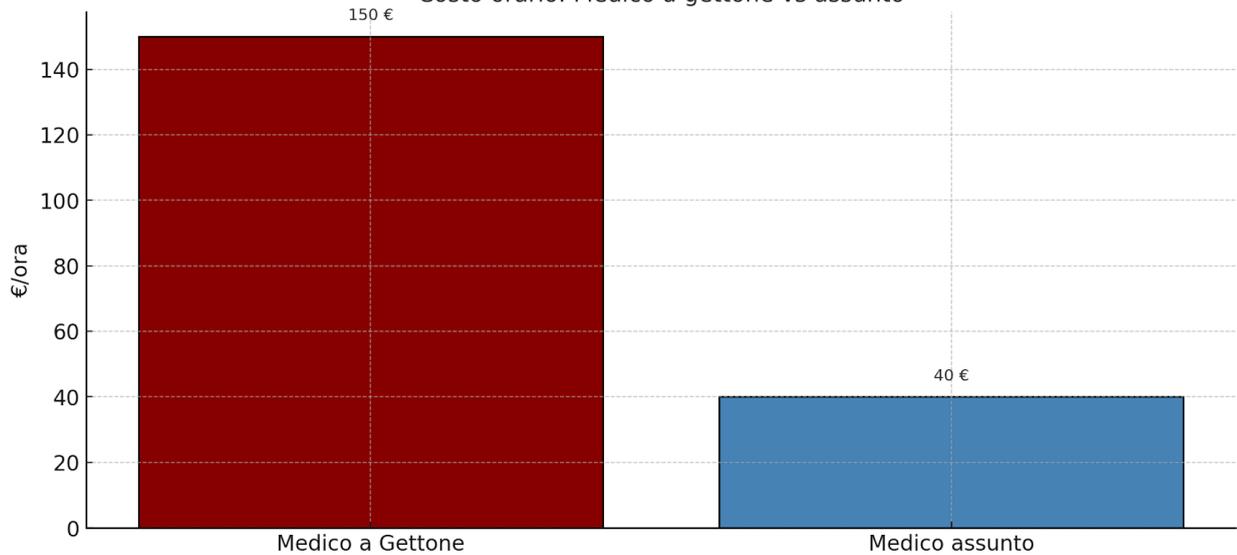
Assunzioni previste nel 2024 - Personale Sanitario



Personale Sanitario Fuori Ruolo (2024)



Costo orario: Medico a gettone vs assunto



SEZIONE II. EVIDENZE, PUNTI DEBOLI.

8 – CRONISTORIA DI DODICI ANNI DI COMMISSARIAMENTO

Per oltre un decennio, la sanità calabrese è stata affidata a una gestione straordinaria da parte dello Stato. Dal 2010, con l'avvio del commissariamento, si è succeduta una lunga serie di commissari ad acta, presidenti di Regione, tecnici ministeriali e generali incaricati di risanare i conti e riorganizzare il sistema. Il commissariamento avrebbe dovuto rappresentare una parentesi temporanea per correggere squilibri finanziari e migliorare l'efficienza. In realtà, si è trasformato in un limbo istituzionale, aggravando la sommarietà contabile, ritardando le riforme e indebolendo la governance regionale.

Alla criticità economica si è aggiunta quella organizzativa: bilanci non approvati, debiti sommersi, difficoltà nei pagamenti ai fornitori, fuga del personale, crescita della mobilità passiva. Di seguito, una ricostruzione sintetica delle fasi principali del commissariamento.

2010–2014: Giuseppe Scopelliti (*)

Ruolo: Presidente della Regione e Commissario ad acta

Misure: Avvio del Piano di rientro; tagli ai servizi, blocco del turnover, chiusura ospedali periferici.

Situazione economica:

- Disavanzo sanitario attorno a -200 milioni €/anno;
- Avvio del commissariamento nel 2010 da parte del MEF e del Ministero della Salute;
- Le ASP iniziano ad accumulare ritardi nei bilanci, con debiti strutturali non pienamente rilevati nei documenti contabili.

2014–2015: Luciano Pezzi (sub commissario con delega attiva)

Ruolo: Dirigente ministeriale incaricato di traghettare la gestione sanitaria, con deleghe operative dirette in attesa di un nuovo commissario titolare.

Situazione economica:

- Nessuna inversione di tendenza.
- Il disavanzo resta sopra i 180 milioni €/anno.
- Prosegue l'opacità contabile delle ASP e si aggrava il ritardo nell'approvazione dei bilanci.

2015–2018: Massimo Scura (commissario) – Andrea Urbani (sub commissario)

Azioni: Decreto di riorganizzazione della rete ospedaliera; scontro continuo con la Regione.

Situazione economica:

- I disavanzi si stabilizzano, ma non si riducono in modo significativo.
- Nessun bilancio consuntivo delle ASP approvato regolarmente.
- Inizio della crisi di liquidità delle aziende sanitarie.
- Cresce il debito commerciale verso fornitori e strutture accreditate.

2018–2019: Saverio Cotticelli

Ruolo: Generale dei Carabinieri.

Esito: Gestione breve.

Situazione economica:

- Nessun intervento risolutivo sui debiti.
- Le ASP continuano a non approvare i bilanci, accumulando disavanzi non evidenziati.
- Le banche iniziano a ridurre la fiducia nel sistema sanitario regionale.

2020: Giuseppe Zuccatelli (commissario per pochi mesi)

Ruolo: Ex manager sanitario.

Situazione economica:

- Invariata, con peggioramento delle relazioni istituzionali.
- Crescita della mobilità passiva e blocco degli investimenti.

2020–2021: Guido Longo

Missione: Commissariamento tecnico per riportare ordine contabile.

Situazione economica:

- Inizio di una mappatura del debito, ma senza risultati strutturali.
- Disavanzo stimato oltre 100 milioni €/anno.
- Nessuna approvazione dei bilanci delle ASP.

(*) I dati riportati sono tratti da fonti ufficiali pubbliche: Regione Calabria, MEF, Ministero della Salute, Agenas, GIMBE, RGS.

Regione Calabria	Stato Gestione Commissariata dal 2010	Bilanci ASP Non approvati	Interventi principali Commissari ad acta, blocco turn-over, rete ospedaliera ridotta	Esito al 2021 Disavanzi cronici, mobilità passiva, caos contabile
Lazio	Commissariata 2007–2020	Approvati regolarmente	Razionalizzazione rete, uso privato accreditato	Uscita dal piano nel 2020
Campania	Piano rientro fino al 2019	Approvati	Controllo gestione, potenziamento personale	Miglioramento LEA, uscita dal piano
Lombardia	Ordinaria	Approvati regolarmente	Digitalizzazione, integrazione pubblico-privato	Performance alta LEA
Emilia-Romagna	Ordinaria	Approvati regolarmente	Reti integrate, medicina territoriale	Servizi tra i migliori d'Italia
Veneto	Ordinaria	Approvati regolarmente	Programmazione su fabbisogni, efficienza amministrativa	Alto livello di qualità

Dal 2010 al 2021, mentre la Calabria restava commissariata con bilanci bloccati, molte regioni:

hanno risanato i conti e modernizzato i servizi,

hanno superato i piani di rientro o evitato il commissariamento,

hanno mantenuto la piena titolarità politica nella sanità, anche nei casi di difficoltà.

Questa comparazione evidenzia come il commissariamento prolungato non sia stato sinonimo di risanamento, e come altre regioni, pur con criticità, abbiano raggiunto risultati migliori proprio grazie a una governance più stabile e responsabile.

2021–oggi: Il Governatore Roberto Occhiuto commissario ad acta

Ruolo: Presidente della Regione e Commissario ad acta

Azioni:

- Medici cubani, assunzioni, nascita di Azienda Zero;
- Avvio infrastrutture PNRR;
- Digitalizzazione e programmazione territoriale.

Situazione economica:

- Per la prima volta approvati tutti i bilanci arretrati delle ASP (entro gennaio 2025);
- debito sanitario quantificato in oltre 1 miliardo, con disavanzo 2023 oltre 126 milioni €;
- Operazione trasparenza su mobilità passiva (330 milioni €) e costi del personale;
- Avviata una regolarizzazione contabile e un controllo reale della spesa.(**)

() Fonti: Regione Calabria – Presidenza e Dipartimento Tutela della Salute; Agenas; Ragioneria Generale dello Stato; (2023–2025).**

Nota finale:

Il lungo periodo di commissariamento ha coinciso con irrigidimenti e sfiducia. L'attuale fase commissariale ha avviato una discontinuità reale con una gestione politica capace di affrontare le cause strutturali del disavanzo.

2010–2020 – Avvio del commissariamento per il rientro dal disavanzo sanitario 2010–2020 – Nomina di commissari ad acta con alta rotazione e poteri limitati 2010–2020 – Tagli lineari, riduzione posti letto, chiusura presidi 2010–2020 – Piani di rientro centrati sul contenimento costi, nessun investimento 2010–2020 – Blocco del	2021–2022 – Elezione di Occhiuto e nomina a commissario ad acta 2021–2022 – Struttura commissariale con approccio operativo e poteri gestionali	2022–2023 – Istituzione Azienda Zero e nuovi atti aziendali 2022–2023 – Riforma rete ospedaliera Hub & Spoke In questi anni, in Calabria si sono concretizzati: Approvazione della nuova rete ospedaliera regionale (DGR Calabria n. 470/2022 e successive); Classificazione dei presidi in Hub, Spoke, ospedali di	2023–2024 – Punteggio LEA in crescita (da 110 a 150) 2023–2024 – Mobilità passiva in calo (da 289 mln a 248 mln (dato GIMBE, prestazioni fatturate) 2023–2024 – Riduzione tempi attesa in alcune specialistiche 2023–2024 – Aumento attrattività extraregionale in riabilitazione e ortopedia	2024–2025 – Carenza di medici di base e figure sociosanitarie 2024–2025 – Normativa sociosanitaria ancora ferma alla L.R. 23/2003	 Rosso: aspetti negativi o criticità;  Verde: miglioramenti, riforme, azioni positive;  Nero: elementi neutri o da valutare caso per caso.
--	---	---	---	---	---

<p>turnover, personale in calo e anzianità elevata 2010–2020 – Rete ospedaliera obsoleta e piani aziendali non aggiornati 2010–2020 – LEA sotto soglia, punteggi inferiori a 100 2010–2020 – Mobilità passiva in crescita: oltre 280 mln €/anno 2010–2020 – Assenza di programmazione territoriale e integrazione assistenziale 2010–2020 – Aumento spesa privata per sfiducia nel pubblico</p>		<p>base e di area disagiata. Razionalizzazione dell’offerta ospedaliera su base territoriale. Definizione dei bacini d’utenza. Avvio dei lavori per i nuovi ospedali di riferimento (es. Arcavacata a Cosenza–Rende). Ridefinizione dei Pronto Soccorso e dei DEA secondo standard nazionali. 2022–2023 – Applicazione DM 77: Case di Comunità e COT 2022–2023 – Concorsi, stabilizzazioni e arrivo medici cubani 2022–2023 – Progetti per 4 nuovi ospedali (Arcavacata, Palmi, Vibo, Sibari) 2022–2023 – Avvio fascicolo sanitario elettronico</p>	<p>2023–2024 – Stabilizzati oltre 2.000 operatori sanitari 2023–2024 – Ritardi nella realizzazione dei presidi PNRR</p>		
---	--	---	--	--	--

Evoluzione della Sanità in Calabria (2010–2025)

<p>Marzo 2010:</p> <ul style="list-style-type: none"> • avvio del commissariamento per il rientro dal disavanzo sanitario. • Nomina di diversi commissari ad acta, con poteri limitati e alta rotazione. • Tagli lineari alla spesa, riduzione dei posti letto e chiusura di presidi. • Piani di rientro centrati sul contenimento dei costi, senza investimenti strutturali. • Blocco del turnover: personale in 	<p>2021 Fase di transizione e nomina del nuovo commissario</p> <ul style="list-style-type: none"> • Novembre 2021: Roberto Occhiuto diventa presidente della Regione e commissario ad acta. • Approccio operativo e istituzionale, centrato sulla riorganizzazione e la responsabilità. • Nomina di una struttura commissariale con poteri gestionali. 	<p>2022–2023 Riforme Strutturali avviate</p> <ul style="list-style-type: none"> • Istituzione di Azienda Zero e approvazione dei nuovi atti aziendali. • Avvio della riforma della rete ospedaliera secondo il modello Hub & Spoke. • Applicazione del DM 77 con progetti per Case di Comunità e COT. • Concorsi banditi, medici cubani assunti, personale stabilizzato. • Progetti per 4 nuovi ospedali 	<p>2024–2025 – Integrazione sociale-sanitaria ancora debole</p>
--	--	--	---

<p>forte riduzione, età media in aumento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Piani aziendali non aggiornati, rete ospedaliera obsoleta e frammentata. • LEA costantemente sotto soglia, con punteggi inferiori ai 100 punti. • Crescente mobilità passiva: oltre 280 milioni di euro all'anno trasferiti ad altre regioni. • Totale assenza di programmazione territoriale e assistenza integrata. • Diffidenza dell'utenza verso il sistema pubblico, aumento della spesa privata. • Fase di svolta istituzionale (2021–2022) • Elezione di Roberto Occhiuto (novembre 2021) con contestuale nomina a commissario. 		<p>(Arcavacata, Palmi, Vibo, Sibari).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementazione del fascicolo sanitario elettronico. <p>Indicatori in miglioramento (2023–2024)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Punteggio LEA da 110 a 150 (Fonte: AGENAS). • Mobilità passiva da 289 mln a 248 mln (dato GIMBE, prestazioni fatturate) (Fonte: GIMBE). • Riduzione tempi di attesa in alcune specialistiche. • Aumento attrattività extraregionale in riabilitazione e ortopedia. • Stabilizzazione di oltre 2.000 operatori sanitari. <p>Criticità persistenti</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ritardi nella realizzazione dei presidi PNRR. • Carenza di medici di base e figure socio-sanitarie. • Legislazione socio-sanitaria ferma alla L.R. 23/2003. • Integrazione tra sociale e sanitario ancora debole. 	
--	--	---	--

9. LA QUESTIONE DEI BILANCI

Bilanci delle Aziende Sanitarie Provinciali in Calabria: dalla criticità alla regolarizzazione

Per anni, la gestione dei bilanci delle **Aziende Sanitarie Provinciali (ASP)** della Calabria ha rappresentato una delle principali criticità del sistema sanitario regionale. La mancata approvazione regolare dei bilanci ha generato **opacità contabile**, limitato la capacità di **programmazione sanitaria** e ostacolato l'adozione di **azioni correttive** per il contenimento della spesa e il miglioramento dell'efficienza.

Fino al 2022, molte ASP calabresi accumulavano **ritardi pluriennali** nell'approvazione dei bilanci d'esercizio. Ciò rendeva difficile ricostruire in modo trasparente la situazione economico-finanziaria del sistema sanitario, con effetti negativi sulla governance, sulla capacità di pianificazione e sul monitoraggio dei disavanzi.

 *Un esempio emblematico: nel 2022 l'ASP di Catanzaro ha registrato un disavanzo di 23,6 milioni di euro.*

Un cambio di rotta: l'operazione di regolarizzazione

A partire dal 2023, sotto la guida del commissario ad acta **Roberto Occhiuto**, è stato avviato un importante processo di **regolarizzazione contabile**, con l'obiettivo di recuperare i bilanci pendenti e riportare trasparenza nella gestione economica delle ASP e delle aziende ospedaliere. Questo percorso ha previsto:

- il **riordino amministrativo-contabile** delle aziende sanitarie;
- la **ricostruzione dei dati** economici pregressi;
- il coinvolgimento diretto di team tecnici per supportare gli uffici contabili aziendali.

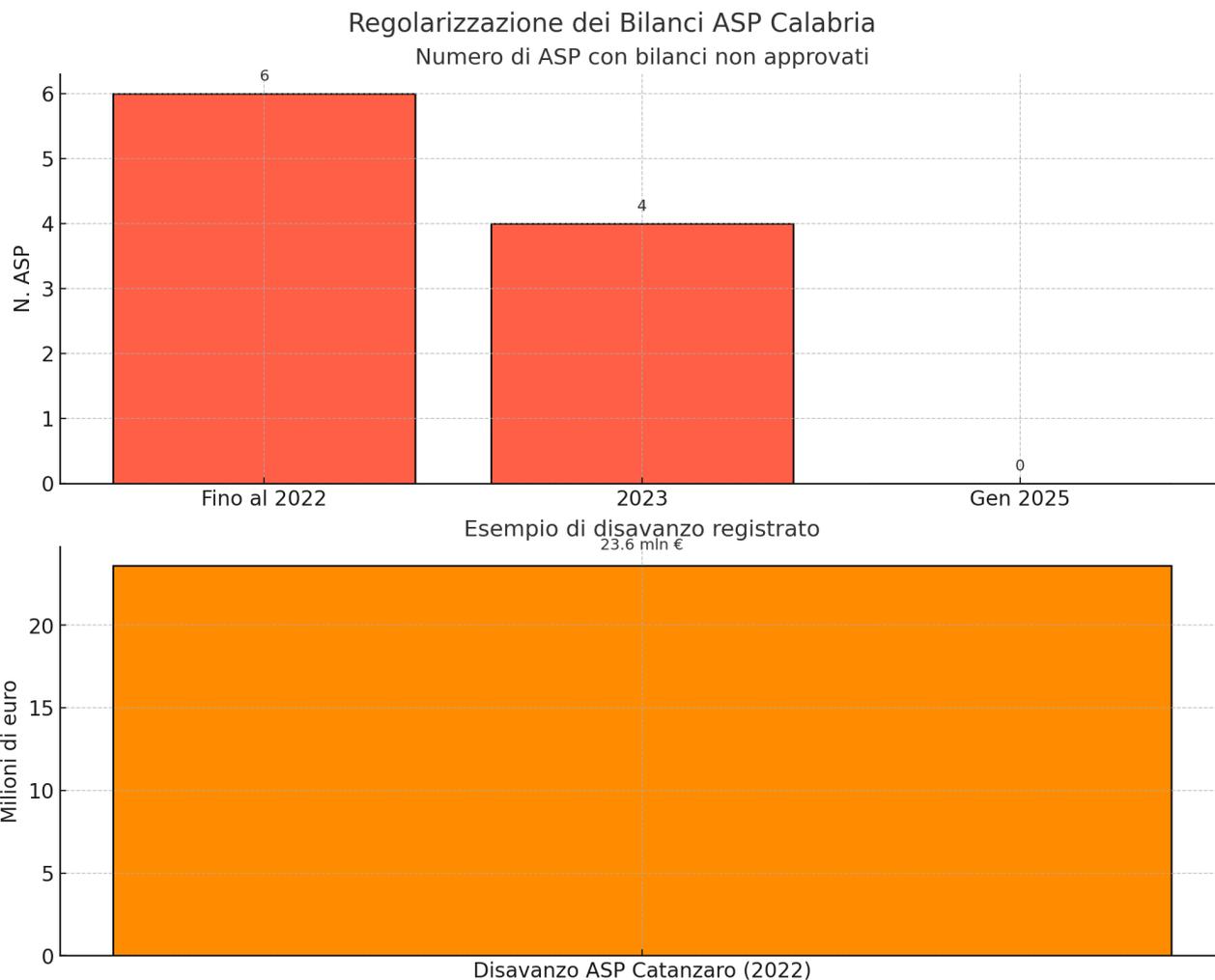
Il processo si è concluso nel **gennaio 2025**, con l'approvazione dell'ultimo bilancio arretrato da parte dell'**ASP di Reggio Calabria**: un passaggio simbolico che segna la **fine di una lunga fase di irregolarità contabile** e l'avvio di una stagione di maggiore **trasparenza, controllo e sostenibilità** finanziaria.

Perché è un passaggio strategico

Il ritorno alla regolarità dei bilanci consente oggi:

- di **valutare in modo realistico i fabbisogni** e gli scostamenti;
- di **adottare strumenti di controllo interno e spending review**;

- di attivare con maggiore efficacia investimenti e assunzioni, a beneficio del sistema e dei cittadini.



-

Fonti principali:

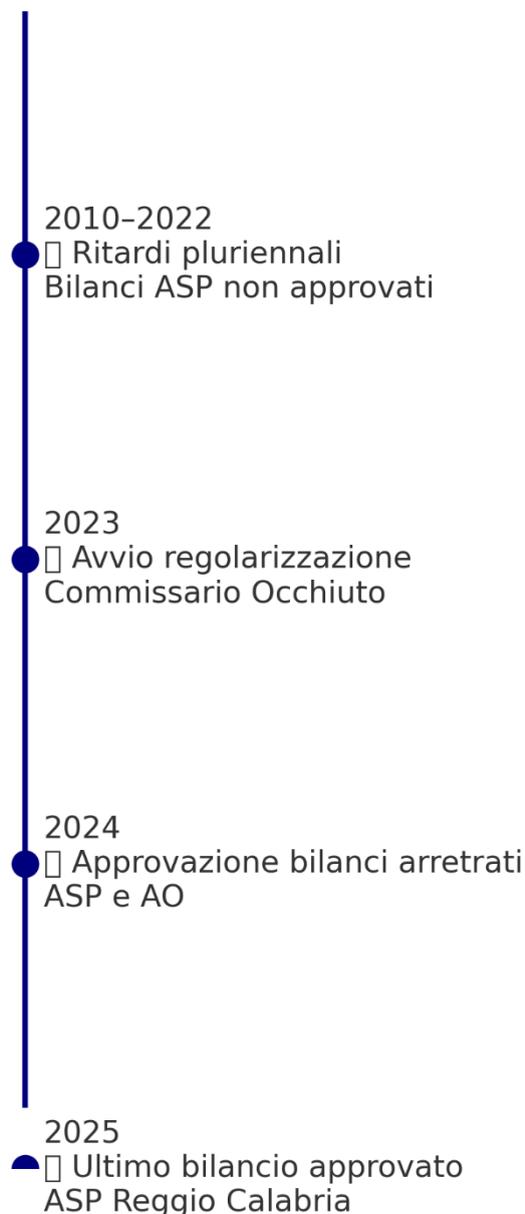
Regione Calabria – Presidenza e Dipartimento Tutela della Salute, comunicati 2023–2025;

Ragioneria Generale dello Stato (RGS), documenti sui conti pubblici territoriali e disavanzi sanitari;

Delibere ufficiali ASP e notizie di stampa locale istituzionale (es. Quotidiano Sanità, Il Quotidiano del Sud), che riportano approvazioni progressive tra fine 2023 e inizio 2025.⁽¹³⁾

(13) <https://www.regione.calabria.it/dipartimento-salute-e-welfare/approvazione-bilanci-asp-calabria-2023-2025/>

Bilanci ASP Calabria: dalla crisi alla trasparenza (2010-2025)



Per oltre un decennio, la mancata approvazione dei bilanci ha impedito trasparenza e risanamento. Dal 2023, con il Commissario Occhiuto, avviata la regolarizzazione fino alla chiusura nel 2025.

10. PRONTO SOCCORSO: FUNZIONE, CRISI

Inquadramento normativo

Il Pronto Soccorso è un servizio sanitario pubblico essenziale, regolato a livello nazionale dal Decreto Ministeriale 70/2015 (riforma della rete ospedaliera) e, più

recentemente, integrato dal DM 77/2022 nell'ambito della riorganizzazione dell'assistenza territoriale.

Prima del Decreto Ministeriale 70/2015, l'organizzazione dell'assistenza ospedaliera, compresi i Pronto Soccorso e i Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA), era regolata principalmente da:

1. Decreto Legislativo 502/1992 (e successive modifiche con D.Lgs. 517/1993)

Questo decreto istituì il Servizio Sanitario Nazionale in forma aziendale e affidò alle Regioni la programmazione e l'organizzazione dei servizi sanitari.

L'emergenza-urgenza veniva disciplinata in modo generale, lasciando ampia discrezionalità alle Regioni su come organizzare la rete ospedaliera.

Non c'erano standard uniformi nazionali per i DEA o per il dimensionamento dei Pronto Soccorso.

2. Accordo Stato Regioni

In particolare, l'Accordo del 2001 sull'emergenza-urgenza definì alcuni requisiti funzionali e strutturali dei Pronto Soccorso, classificando le strutture in:

Pronto Soccorso Generali

DEA di I livello

DEA di II livello

Tuttavia, non vi era una griglia nazionale rigida per bacini di utenza, discipline obbligatorie, numero minimo di accessi, ecc.

3. Normativa regionale

In assenza di un disegno organico nazionale, le Regioni regolavano in modo autonomo la rete ospedaliera e l'organizzazione dei Pronto Soccorso, con forti disomogeneità tra territori.

Questo ha portato a sovradimensionamenti, duplicazioni di servizi e scarsa efficienza, specialmente nelle regioni in piano di rientro.

Secondo il DM 70, ogni presidio ospedaliero dotato di DEA (Dipartimento di Emergenza e Accettazione) deve garantire la presenza di un Pronto Soccorso operativo 24 ore su 24, con adeguato supporto diagnostico e assistenziale.

La classificazione dei DEA prevede:

DEA di I livello: ospedali con pronto soccorso, medicina, chirurgia, ortopedia, anestesia e servizi di base.

DEA di II livello: strutture con specialità complesse (neurochirurgia, emodinamica, stroke unit ...) Stroke Unit è un'unità specializzata per la cura dell'ictus cerebrale (stroke). È una struttura ospedaliera multidisciplinare dedicata alla diagnosi, trattamento e riabilitazione precoce dei pazienti colpiti da ictus ischemico o emorragico....).

Pronto Soccorso generali: presenti in ospedali minori, svolgono funzione di filtro per i casi meno gravi o per le aree periferiche.

I LEA prevedono che i tempi di attesa siano monitorati per codice colore (bianco, verde, giallo, rosso), e che il 90% dei pazienti in codice verde siano visitati entro 60 minuti.

... in Calabria

Il sistema dell'emergenza-urgenza in Calabria presenta criticità strutturali e organizzative ormai croniche:

12 presidi con Pronto Soccorso attivo, ma solo 3 DEA di II livello (Cosenza, Catanzaro, Reggio Calabria).

Personale medico e infermieristico carente, con turni spesso scoperti e impossibilità di garantire la presenza H24 di tutte le figure previste.

Accessi impropri elevatissimi: oltre il 65% dei pazienti si presenta con codici bianchi o verdi, che potrebbero essere gestiti in sede territoriale.

Tempi di attesa spesso fuori standard: in molte strutture, i codici verdi attendono anche oltre 3 ore.

Carenze tecnologiche e assenza di percorsi fast-track (Percorsi fast-track" in sanità indicano itinerari diagnostico-terapeutici accelerati, pensati per garantire un accesso rapido e prioritario a visite, esami o trattamenti per determinate condizioni cliniche) efficienti per pazienti ortopedici, pediatrici, oncologici o fragili.

Grave assenza di presidi territoriali alternativi (es. ambulatori H12, medici di continuità assistenziale integrati).

La percezione del Pronto Soccorso come "porta d'ingresso universale" è sintomo del fallimento della medicina territoriale, e genera sovraccarico, stress lavorativo e rischio clinico.⁽¹⁴⁾

Numero DEA II livello	Calabria 3 (Cosenza, Catanzaro, Reggio	Altre Regioni (virtuose e in media nazionale) Regioni come Veneto o Emilia-Romagna: 6-8 DEA
Personale	Carente, turni scoperti, difficoltà H24	

Tempi d'attesa codici verdi	>3 ore (in media), spesso fuori standard	Organici più stabili e piani assunzionali mirati In Emilia-Romagna, <60 minuti nel 90% dei casi (rispetto LEA)
Accessi impropri	>65% (codici bianchi e verdi)	40–50% nelle Regioni con forte medicina territoriale
Fast-track specialistici	Quasi assenti	Attivi per ortopedia, stroke, oncologia (es. Toscana, Lombardia)
Presidi territoriali alternativi	Carenti o assenti (H12, CA integrati)	Diffusi in Veneto, Piemonte, Trentino (ambulatori infermieristici e CA associati)
Percezione del PS	“Porta universale” per qualsiasi bisogno	Differenziata grazie a filtri e percorsi extraospedalieri

(14)

DM 70/2015 – Riorganizzazione della rete ospedaliera

https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2362

DM 77/2022 – Assistenza territoriale (modelli e standard)

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/sg>

D.Lgs. 502/1992 – Riordino della disciplina in materia sanitaria

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:1992-12-30:502>

D.Lgs. 517/1993 – Modifiche al D.Lgs. 502/1992

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:1993-12-07:517>

Accordo Stato-Regioni 2001 sull'emergenza-urgenza

<https://www.statoregioni.it/media/2905/attuazione-del-programma-di-riorganizzazione-della-rete-di-emergenza-urgenza.pdf>

Pronto Soccorso in Calabria: Normativa, Funzione e Crisi

- Irregolarità normativa, regionale, disomogeneità
- Accordo Stato-Regionale 2001 – PS/DEA – Integrazione con assistenza territoriale.
- Situazione in Calabria :: PS e DEA livello I
- Personale speso sostituito di contesti clinici.
- Situazione legislativa autovalutata (Accordo Stato-DEA 2021-PS/;
- Inadeguatezza riduzione dei tempi di attesa > 3 ore),
- PS attratti di accesso all'emergenze clinici.

11. CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (GUARDIE MEDICHE): PRESIDIO INDISPENSABILE

Inquadramento normativo

Il servizio di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica) è regolato dal DPR 270/2000 e dal CCNL della medicina generale. È un servizio sanitario pubblico che garantisce assistenza medica non urgente nei giorni festivi e prefestivi, e nelle ore notturne (dalle 20 alle 8), quando i medici di famiglia non sono disponibili.

Ogni Asp organizza il servizio secondo una rete territoriale di postazioni, con medici in servizio presso ambulatori dislocati o in modalità domiciliare. La normativa prevede:

obbligo di reperibilità e disponibilità h24;

numero di medici e sedi proporzionato alla popolazione e alla distanza dai presidi ospedalieri;

coordinamento con 118 e Pronto Soccorso, senza sovrapposizioni.

Il DM 77/2022 ha richiamato la necessità di integrare la continuità assistenziale nella nuova rete territoriale, collegandola con le Case della Comunità e le COT, per superare l'isolamento delle postazioni e renderle parte di un sistema integrato di cure primarie.

... in Calabria

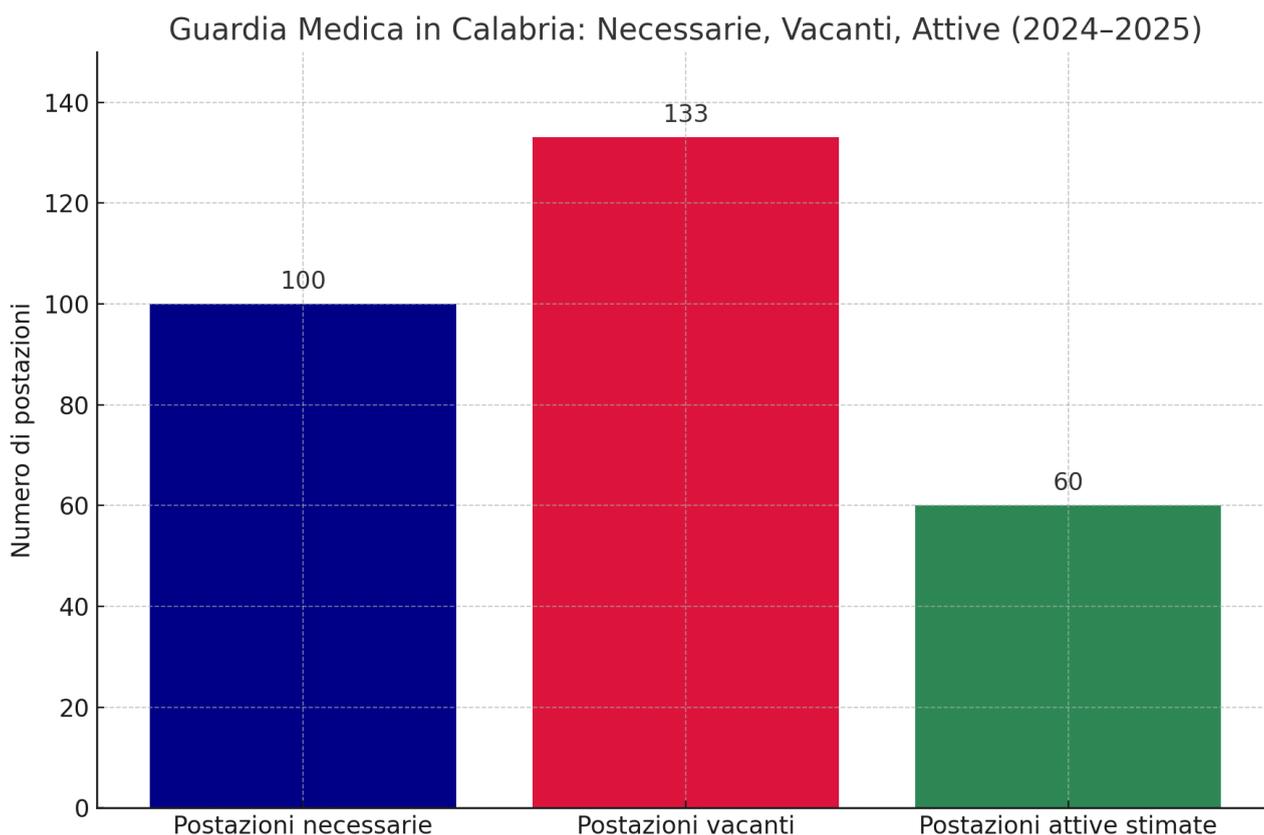
In Calabria, il servizio di continuità assistenziale soffre di gravi carenze strutturali e gestionali:

Le postazioni attive sono circa 160, ma molte sono accorpate o chiuse nei fine settimana per carenza di medici. In diversi territori, soprattutto montani, i cittadini sono costretti a percorrere oltre 30 km per raggiungere il presidio più vicino. Un caso emblematico è quello dei comuni dell'Alto Savuto, come Pedivigliano o Scigliano, dove per accedere a un pronto soccorso o a una struttura sanitaria attrezzata è necessario raggiungere l'ospedale di Cosenza o il presidio di Rogliano, con tempi di percorrenza che superano facilmente i 40 minuti.

Le condizioni di lavoro sono disagiate: sedi isolate, prive di sicurezza, spesso non dotate di strumenti minimi per la diagnostica di primo livello.

I medici di continuità assistenziale operano senza reale collegamento con MMG, 118 o Pronto Soccorso, con conseguente duplicazione o inappropriata degli accessi.

In molti casi, la continuità assistenziale è percepita come un servizio residuale e inefficace, nonostante il suo potenziale di filtro per i PS e di presidio per le aree interne. Questa situazione è aggravata dal calo dei professionisti disponibili, da un sistema retributivo poco attrattivo e da assenza di strumenti digitali che permettano l'accesso ai dati clinici dei pazienti.



⚠ **Attualmente, solo il dato delle 100 postazioni necessarie è ufficialmente confermato. Le cifre su postazioni vacanti e attive rimangono non validate.**

Un decreto regionale dello scorso maggio 2024 conferma che la Regione Calabria ha identificato 133 postazioni vacanti di continuità assistenziale (guardia medica) suddivise tra le ASP provinciali.

Le “zone carenti” identificate nei vari DDL delle ASP corrispondono a circa 100/110 e sono recentemente riclassificate come “zone carenti” per la Guardia Medica .

Non sono stati reperiti documenti ufficiali che confermino il numero di 60 postazioni attive. I documenti ufficiali elencano solo le vacanti, senza dettagliare quante siano attualmente operative.⁽¹⁵⁾

(15)

DPR 270/2000 – Regolamento sull'organizzazione della continuità assistenziale (ex guardia medica)

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2000/06/27/000G0223/sg>

DM 77/2022 – Modelli e standard per l’assistenza territoriale (integrazione della continuità assistenziale con Case della Comunità e COT)

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/sg>

Decreto Calabria maggio 2024 – Zone carenti Guardia Medica (133 postazioni vacanti)

<https://www.omceovnews.it/wp-content/uploads/2024/05/DECRETO-7032-DEL-22.05.2024-ZONE-CARENTI-MMG-2024.pdf>

[1]:

https://www.asp.cosenza.it/trasparente/?p=procedimento-distretti-n36&utm_source=chatgpt.com "Procedimento Distretti n.36 - ASP Cosenza"

[2]:

https://www.omceovvnews.it/wp-content/uploads/2024/05/DECRETO-7032-DEL-22-05-2024-ZONE-CARENTI-MMG-2024.pdf?utm_source=chatgpt.com "[PDF] regione calabria giunta regionale - OMCeOVV News"

Tabella comparativa: Continuità Assistenziale nelle Regioni Italiane

Regione	Postazioni Attive	Carenze principali Integrazione con altri servizi
Calabria	≈160 (molte accorpate/chiusure)	Carenza medici, isolamento, chiusure Assente o minimale
Emilia-Romagna	Capillari, integrate con Case della Comunità	Nessuna rilevante, buona integrazione territoriale Alto livello, rete informatizzata e COT attive Occasionali carenze nei piccoli centri In crescita, progetti pilota attivi Carenze notturne in zone periferiche Parziale, miglioramento con COT
Toscana	Diffuse e presidiate H24	Calo adesioni giovani medici Funzionale, con rete MMG-PDTA Difficoltà nel coordinamento
Lombardia	Buona copertura, attive anche notturno	MMG-Guardia In costruzione, legata alle CdC Limitata presenza in zone montane
Piemonte	Organizzazione stabile, con copertura montana	Buona, in parte integrata con Pronto Soccorso
Puglia	In parte riorganizzate in H24 o CAU	
Veneto	Postazioni efficienti, collegate con MMG e 118	

12 – IL MEDICO DI FAMIGLIA: PRESIDIO DI PROSSIMITÀ FONDAMENTALE

1. Il ruolo centrale del medico di medicina generale

Il medico di famiglia rappresenta il punto di accesso primario al sistema sanitario per milioni di cittadini. In Calabria, come nel resto d'Italia, è chiamato a svolgere un

ruolo chiave di presa in carico, prevenzione, monitoraggio delle cronicità e accompagnamento nei percorsi assistenziali. Conosce il contesto sociale, le famiglie, le condizioni ambientali e relazionali del paziente. Questa prossimità è la vera forza della medicina generale.

Ma per essere efficace, questa figura deve poter lavorare in modo integrato con il territorio, supportata da strumenti digitali, formazione continua e reti professionali.

2. Le criticità attuali in Calabria

- Carenza strutturale di medici di base: si stimano almeno 250 medici mancanti rispetto al fabbisogno.
- Età media elevata: molti MMG sono prossimi al pensionamento, con difficoltà nel trovare sostituti.
- Sovraccarico di pazienti: in molte zone si superano i 1.500 assistiti per medico.
- Disomogeneità territoriale: interi comuni montani e periferici risultano privi di copertura continuativa.
- Isolamento professionale: mancano reti strutturate, supporto amministrativo, accesso facilitato alla diagnostica di primo livello.

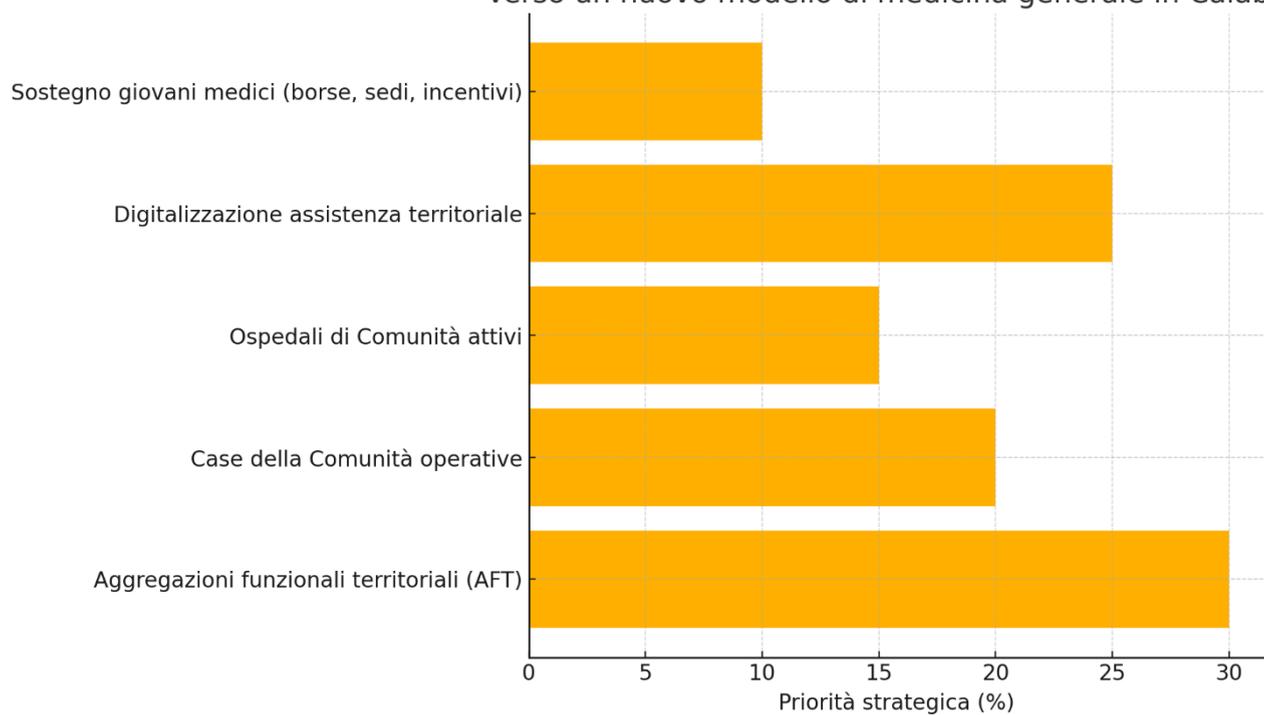
3. Verso un nuovo modello: il MMG dentro il sistema

Il DM 77/2022 ha tracciato un percorso chiaro: il medico di famiglia deve diventare parte di team multidisciplinari, operare in Case della Comunità, condividere cartelle elettroniche e agire in stretta sinergia con infermieri di comunità, specialisti territoriali e servizi sociali.

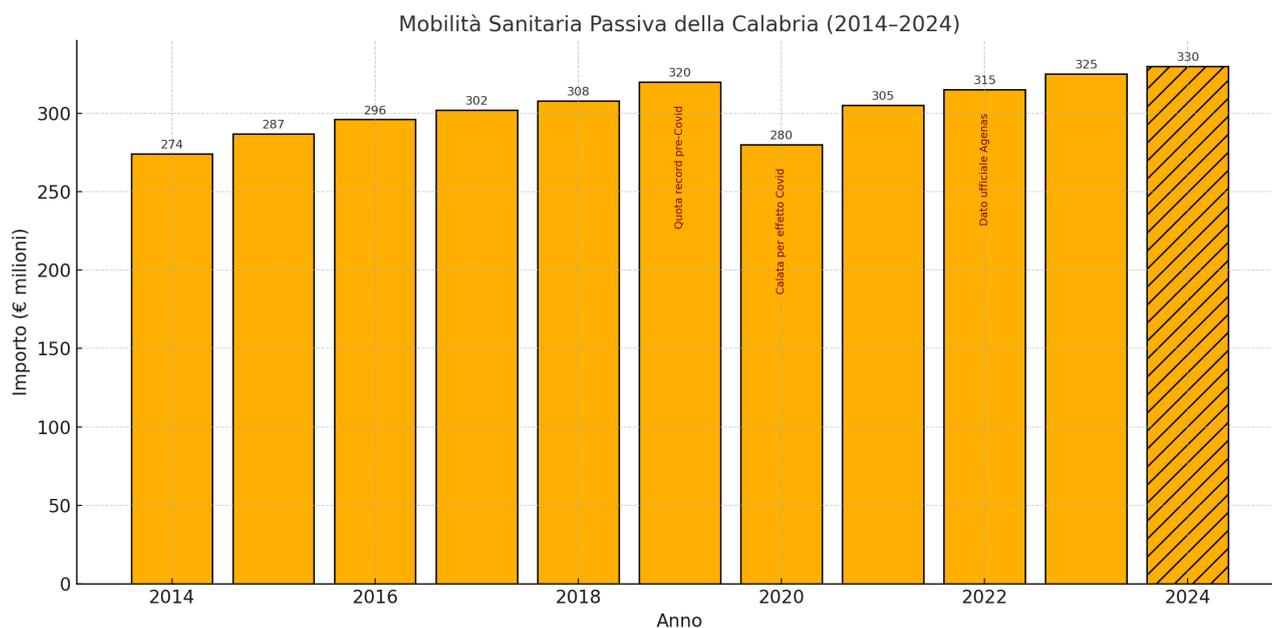
Per la Calabria, ciò significa:

- Promuovere aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e medicina di gruppo.
- Rendere operativi gli investimenti del PNRR in Case della Comunità e Ospedali di Comunità.
- Digitalizzare l'intero percorso assistenziale territoriale.
- Sostenere i giovani medici nell'avvio dell'attività con sedi attrezzate, borse e percorsi incentivanti.

Verso un nuovo modello di medicina generale in Calabr



13. LA MOBILITÀ PASSIVA IN CALABRIA (2014–2024)



Osservazioni principali:

La mobilità passiva è in costante crescita salvo la parentesi 2020 (pandemia).

Il saldo negativo verso regioni come Lombardia, Emilia-Romagna e Lazio è strutturale.

Le prestazioni più “esportate” riguardano:

- oncologia,
- ortopedia complessa,
- neurochirurgia,
- cardiologia interventistica,
- diagnostica avanzata (RMN e PET).

La mobilità passiva, secondo gli ultimi dati, ha superato i 325 milioni (stima Regione Calabria, impegni complessivi) di euro nel 2023, in crescita rispetto ai 315 milioni del 2022. Il trend evidenzia che, nonostante alcune riorganizzazioni, la fiducia dei cittadini verso il sistema sanitario regionale è ancora fragile."

Una precedente analisi GIMBE segnala un calo da 289 a 248 milioni, ma i dati più recenti indicano un nuovo aumento: 325 milioni (stima Regione Calabria, impegni complessivi) stimati nel 2023, con tendenza confermata nel 2024."

Cause principali: tempi d’attesa e percezione di maggiore qualità fuori regione.

📉 Dal 2014 al 2024 una fuga da 3 miliardi di euro

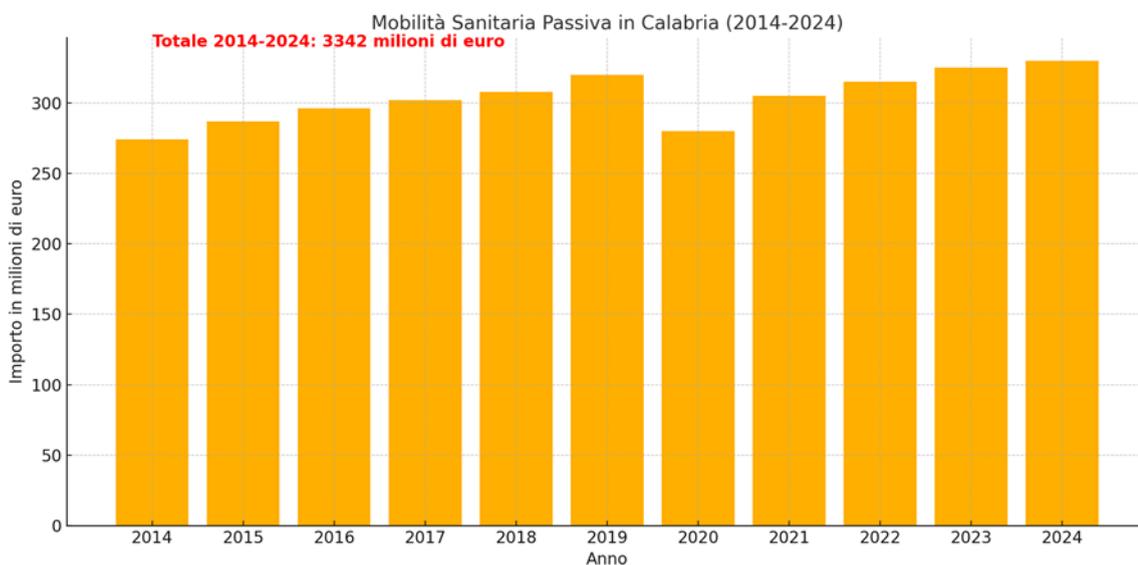
Dal 2014 al 2024, la mobilità sanitaria passiva ha drenato oltre 3 miliardi di euro dalla Calabria verso altre regioni.

Risorse pubbliche, pagate dai cittadini calabresi, che hanno finanziato ospedali e strutture sanitarie fuori regione, anziché rafforzare il nostro sistema locale.

Questa emorragia economica non è solo un danno finanziario: è il simbolo di una fiducia perduta e di un'offerta sanitaria che non riesce a trattenere i propri pazienti.

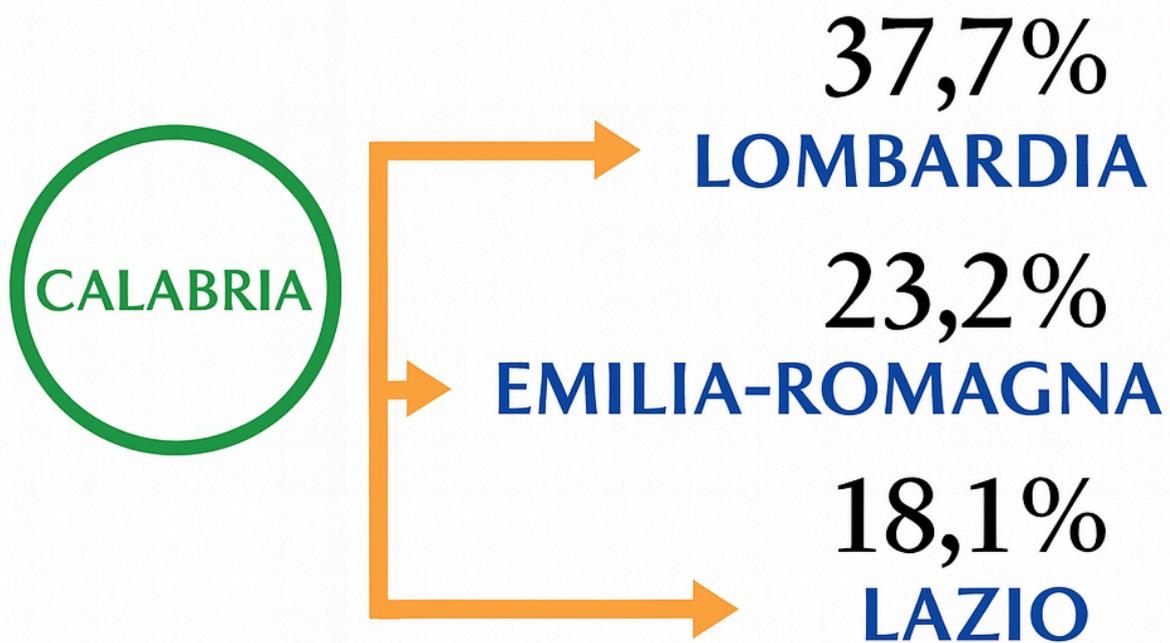
Invertire questa tendenza è possibile, ma richiede:

- il potenziamento delle strutture esistenti,
- l'ampliamento dell'offerta tramite il privato accreditato,
- una rete ospedaliera moderna e accessibile,
- una comunicazione trasparente sulle eccellenze già presenti in Calabria.

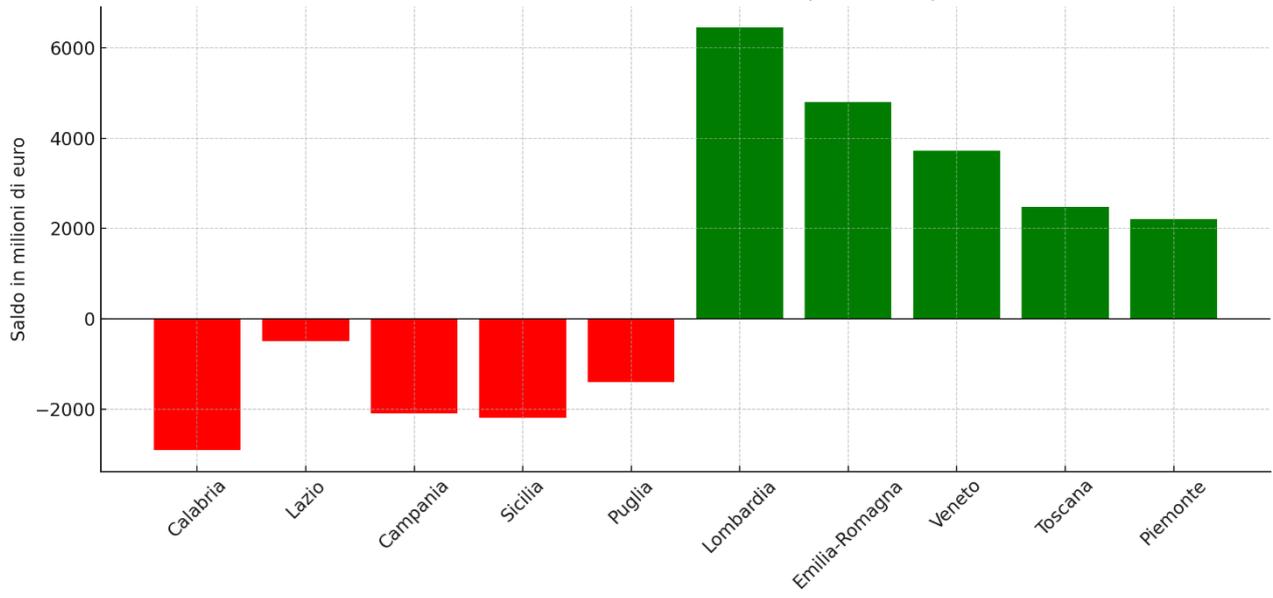


<https://www.gimbe.org/osservatorio-ssn/mobilita-sanitaria/mobilita-sanitaria-2024/>

MOBILITÀ PASSIVA IN CALABRIA



Saldo netto della mobilità sanitaria (2014-2024)



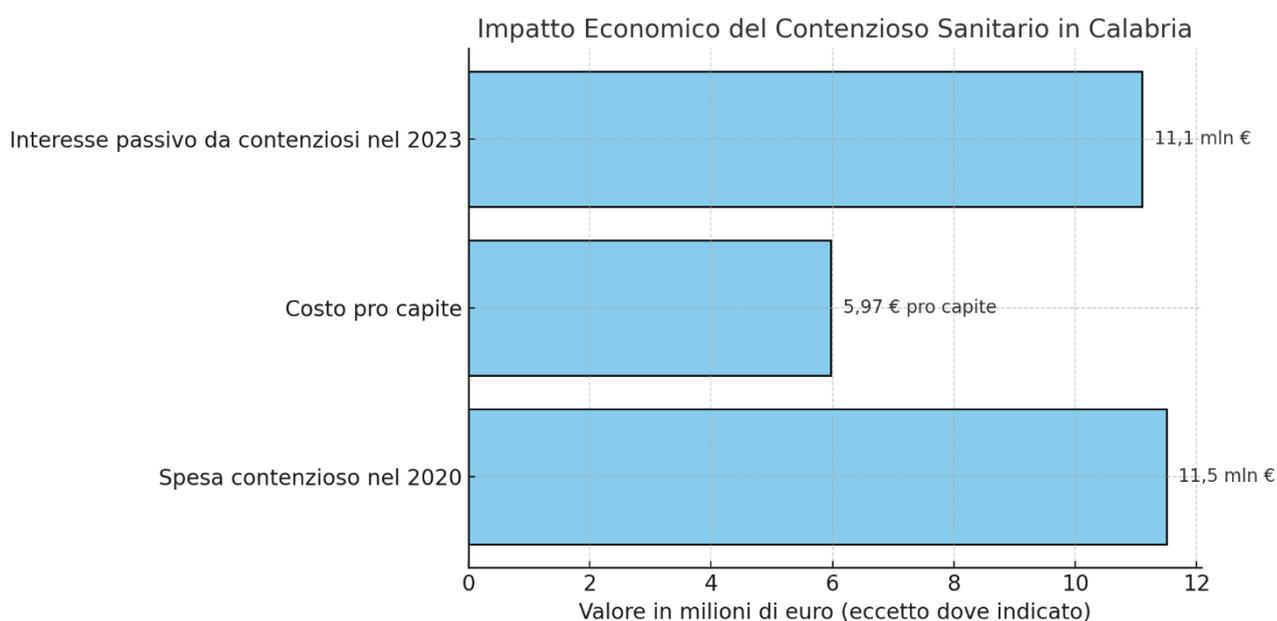
14. CONTENZIOSO MEDICO-LEGALE: UN COSTO ELEVATO

Nel 2018, il SSN ha speso circa 190 milioni € in contenziosi a livello nazionale, con le regioni del Sud che ne hanno assorbito il 63 % (circa 120 milioni €)

La Calabria, tra le regioni meridionali, ha contribuito in modo significativo.

Nel 2020 (dato fino al 19 novembre):

Le spese legali nel Sud ammontavano complessivamente a 93,5 milioni € La Calabria si colloca nel “gruppo pasticciatore” insieme a Toscana e Sicilia, con esborso pro capite di 5,97 €, corrispondente a un totale di circa 11,5 milioni €



([quotidianosanita.it][1], [documenti.camera.it][2])

[1]: https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=90308&utm_source=chatgpt.com "Il contenzioso legale in sanità ci costa oltre 500 mila euro al giorno ..."

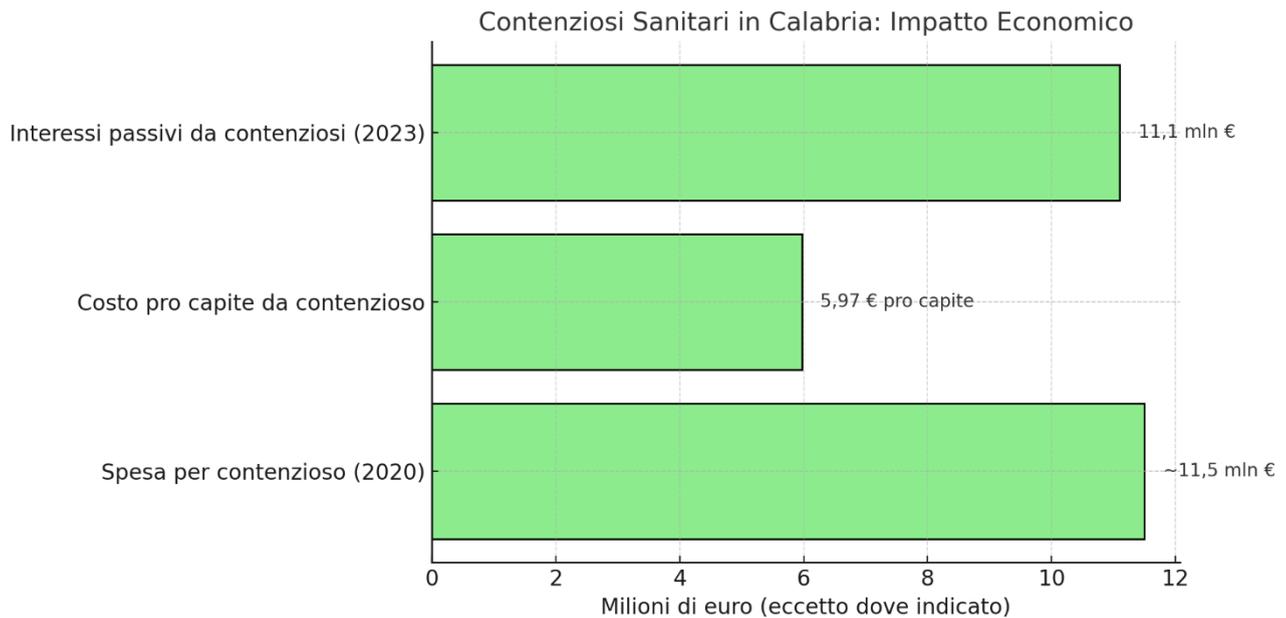
[2]:

https://documenti.camera.it/_dati/leg16/lavori/documentiparlamentari/indiceetesti/022bis/001/d020.htm?utm_source=chatgpt.com "Doc. XXII-bis n. 1 - Camera dei Deputati"

Impatto sul sistema sanitario regionale

Risorse sottratte a cura e assistenza: oltre 11 milioni € l'anno assorbiti da contenziosi legali potrebbero essere destinati all'ampliamento dei servizi sanitari, in particolare al potenziamento delle prestazioni territoriali.

Accumulo di interessi: nel 2023, gli interessi passivi legati a vertenze hanno pesato per altri 11,1 milioni €, aggravando ulteriormente la pressione economica



([quotidianosanita.it][1], [documenti.camera.it][2])

[1]:

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=90308&utm

[2]: <https://documenti.camera.it/leg16/dossier/Testi/AS010.htm>

Doppio danno: denaro speso in contenziosi è risorse sottratte a:

- aumento dei tempi di attesa;
- riduzione della capacità produttiva;
- possibilità di investimento in strutture e tecnologie.

Quotidiano Sanità – Articolo: “*Il contenzioso legale in sanità ci costa oltre 500 mila euro al giorno*”

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=90308

Camera dei Deputati – Documento ufficiale XXII-bis n.1 sulla responsabilità professionale e contenzioso medico

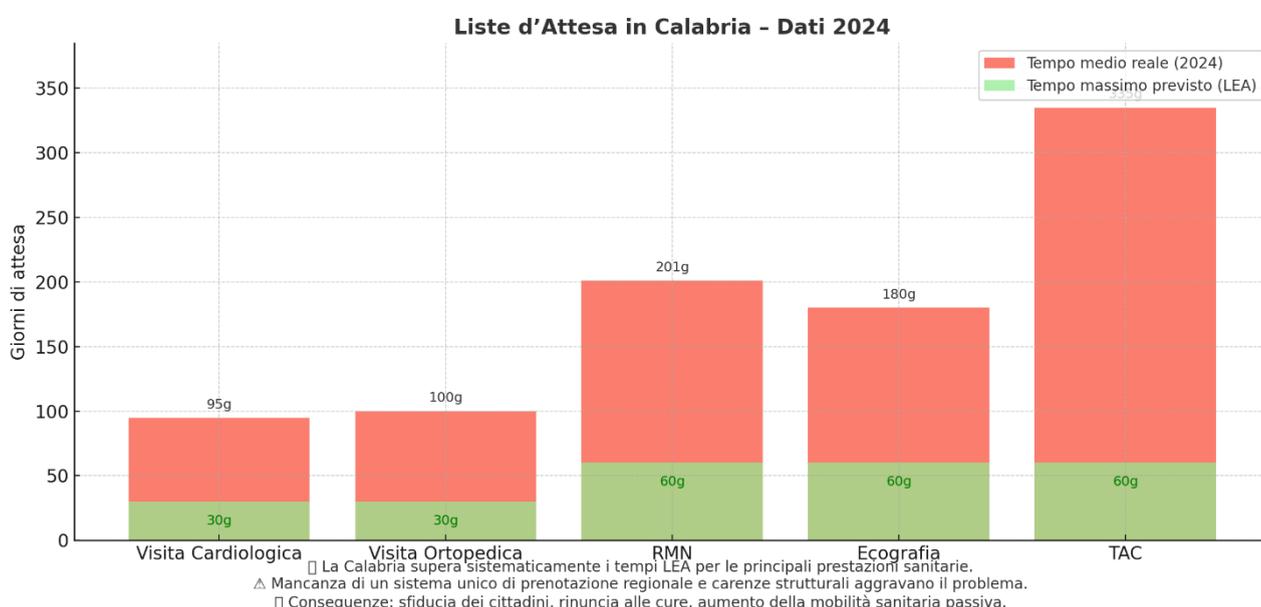
https://documenti.camera.it/_dati/leg16/lavori/documentiparlamentari/indiceetesti/022bis/001/d020.htm

15. LISTE D'ATTESA:

Le liste d'attesa rappresentano uno dei problemi più gravi e percepiti del sistema sanitario calabrese. Ritardi sistematici nell'erogazione di visite specialistiche, esami diagnostici e interventi chirurgici programmati minano la fiducia dei cittadini e alimentano la mobilità passiva.

Nel 2024, la Calabria è risultata tra le regioni con i più alti tassi di inadempienza rispetto ai tempi LEA.

Un ulteriore ostacolo è l'agenda disallineata tra strutture pubbliche e private accreditate. Ne deriva una gestione inefficiente della domanda e un'insufficiente valorizzazione della capacità **erogativa complessiva** del sistema sanitario calabrese.



Nel 2023 e 2024, il Governo ha stanziato risorse straordinarie per il contenimento delle liste d'attesa, prevedendo un fondo dedicato di circa **500 milioni di euro annui** a livello nazionale. L'obiettivo dichiarato è recuperare le prestazioni arretrate, potenziare l'offerta diagnostico-specialistica e garantire l'equità di accesso nei tempi previsti dai LEA.

Tuttavia, l'effettiva attuazione delle misure varia sensibilmente tra le Regioni. Quelle dotate di sistemi amministrativi e informativi più evoluti hanno utilizzato i fondi per:

- ampliare gli orari di apertura delle strutture pubbliche (estensione oraria e apertura festiva),
- attivare agende aggiuntive e prestazioni in extrabudget,
- coinvolgere il privato accreditato con tariffe calmierate,

- istituire centrali uniche di prenotazione regionali con sistemi di monitoraggio.

In Calabria, nonostante l'adesione al Piano nazionale di abbattimento delle liste d'attesa, permangono gravi criticità:

- mancano agende integrate tra pubblico e privato accreditato,
- la trasparenza sui tempi effettivi di attesa è limitata,
- l'allocazione delle risorse non è sempre correlata ai picchi di domanda.

In particolare, nel 2024 i tempi medi per una risonanza magnetica superano in molti casi i **200 giorni**, mentre una visita cardiologica può richiedere oltre **90 giorni**, contro gli standard LEA che fissano soglie di **30 giorni** per le visite specialistiche e **60 giorni** per gli esami diagnostici.

La Regione Calabria ha avviato alcune azioni, come la **mappatura delle prestazioni critiche** e la **stipula di convenzioni integrative con il privato**, ma queste restano ancora parziali e disomogenee sul territorio. Senza una reale **cabina di regia unica**, un **sistema informativo condiviso** e un **fondo vincolato per l'acquisto di prestazioni**, il rischio è che i fondi statali non producano un impatto strutturale, ma solo interventi temporanei e frammentari.

Finanziamenti statali per l'abbattimento delle liste d'attesa

- Il Governo ha stanziato **500 milioni €/anno per il 2022 e il 2023**, destinati al recupero delle prestazioni arretrate e alla riduzione delle liste d'attesa [agenda.aism.it+13 msd salute.it+13 dottnet.it+13](#).
- Nel decreto del giugno 2024 è previsto un primo stanziamento di **250 milioni €/anno** per la defiscalizzazione dell'orario straordinario del personale sanitario, anticipando dal 2025 l'eliminazione del tetto di spesa per il personale [dottnet.it+3 aogoi.it+3fsinazionale.it+3](#).

Strumenti e controlli introdotti dal Governo

- A seguito del decreto del CdM del 4 giugno 2024, sono state introdotte:
 - piattaforme di monitoraggio centralizzate dei tempi d'attesa,
 - CUP unici che integrano pubblico e privato,
 - apertura su fasce serali e weekend,
 - modalità intramuraria e convenzioni con il privato [ao cz.it+15 aogoi.it+15 aiom.it+15 cittadinanzattiva.it](#).

Tempi d'attesa in Calabria e contesto regionale

- Il Piano regionale (2023-2025) include misure quali piano operativo, monitoraggio dei tempi, coordinamento regionale (Responsabile unico, cabina di regia) consiglioregionale.calabria.it.
- Secondo fonti Cittadinanzattiva e studi, le prestazioni in classe D (differibile) devono garantire:
 - **visite in 30 gg, diagnostica in 60 gg** corteconti.it+6 gimbe.org+6 cittadinanzattiva.it+6 lespresso.it+4 aocz.it+4 cergas.bocconi.eu+4.
- La rilevazione periodica segnala che:
 - per una risonanza magnetica in Calabria i tempi si avvicinano o superano i **200 giorni**,
 - una visita cardiologica può richiedere oltre **90 giorni**, ben al di sopra dei limiti LEA

Anno	Finanziamento (milioni €)	Note
2022–23	500 annui	Finalizzati alla riduzione liste arretrate (msdsalute.it)
2023	+150	In aggiunta al piano precedente
2024	+300	Fondo incrementale
2025	+500	Risorse previste
Dal 2026	1 000 annui	Stanziamiento stabilizzato

Tempi di attesa – confronto tra Regioni (Codice D: visite in 30 gg, diagnostica in 60 gg)

Calabria

Risonanza magnetica: ~200 gg (oltre 3 volte lo standard)

Visita cardiologica: > 90 gg

Friuli-Venezia Giulia

Ecografia addome (cod. P): ~498 gg

Visita ginecologica (cod. P): ~394 gg

Liguria (ASL 3)

Visita cardiologica (cod. P): ~427 gg

Cittadinanzattiva rileva che solo 9 Regioni aggiornano i dati online in tempo reale; ciò riduce la trasparenza e impedisce confronti omogenei

Utilizzo dei fondi – dati regionali

Campania: ha impiegato meno del 50 % dei fondi assegnati nel 2022–23, con recupero prestazioni inferiore al 50 %

Calabria: sebbene abbia pianificato iniziative (cabina di regia, convenzioni con privati, tracciamento delle prestazioni critiche), restano parziali e geograficamente disomogenee.

Buone pratiche regionali: Emilia-Romagna

Sistema informativo avanzato con CUP unico integrato pubblico-privato e monitoraggio solo tempo reale.

Estensione orari ambulatoriali: fasce serali e weekend, con personale incentivato tramite defiscalizzazione.

Coinvolgimento del privato accreditato a tariffe calmierate per alleggerire il carico sulle strutture pubbliche.

Risultati: molte prestazioni rispettano la soglia $D > 90\%$, con tempi diagnostici e visite specialistici entro i limiti prefissati.

 Focus – Decreto Commissariale Calabria n. 345/2024: fondi, tempi e criticità

Risorse assegnate (novembre 2024): oltre 20 milioni di euro per ridurre le liste d'attesa in Calabria, così ripartiti:

- Asp Cosenza: €4,16 milioni
- Asp Crotona: €1,39 milioni
- Asp Catanzaro: €2,34 milioni
- Asp Vibo: €1,08 milioni
- Asp Reggio: €3,91 milioni
- AO Cosenza: €2,21 milioni
- AO Universitaria Dulbecco: €2,79 milioni
- AO Reggio Calabria: €2,18 milioni

Tempi standard (tempario):

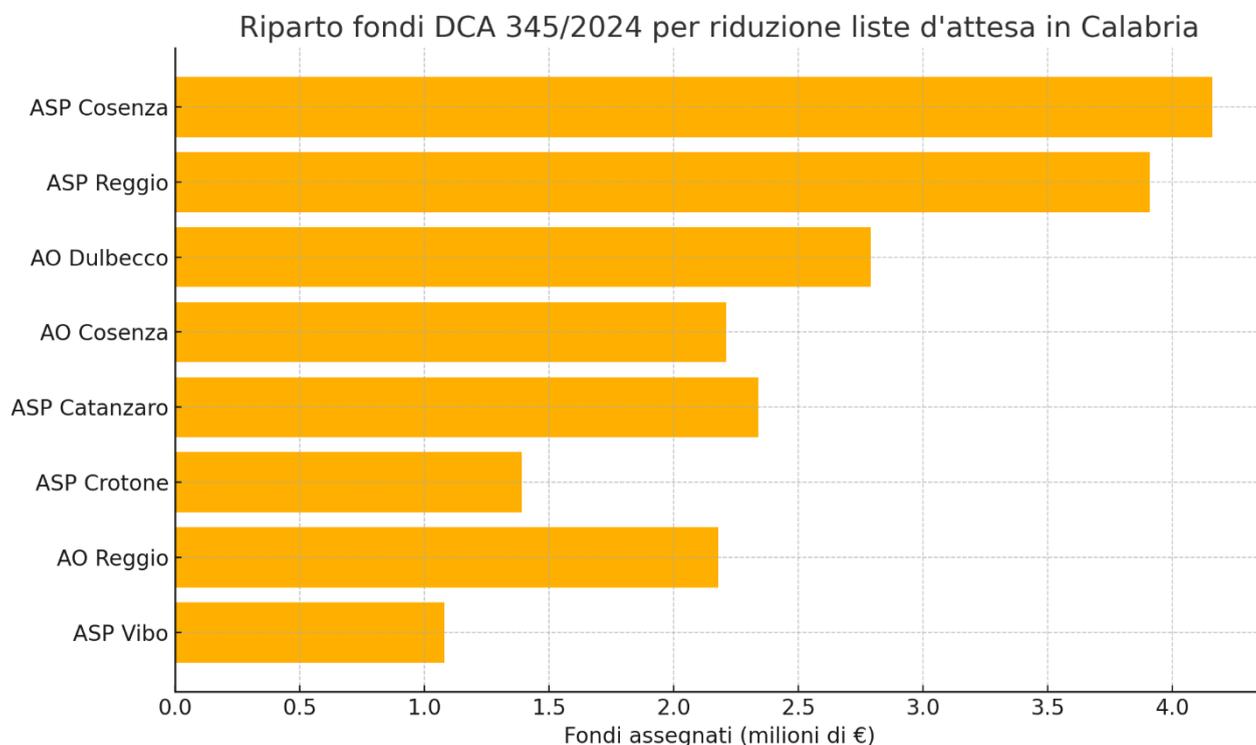
- Visite cardiologiche, ginecologiche, oculistiche: 20 minuti
- Risonanza cerebrale (con/senza contrasto): 30 minuti
- Ecocolordoppler e ECG dinamico: 15 minuti

Critiche dei sindacati: CISL Medici e altri hanno contestato il tempario definendolo "inaccettabile" e "non coerente con la qualità della relazione medico-paziente". Il rischio segnalato è una deriva verso logiche produttivistiche, a discapito della cura personalizzata.

Potenzialità e limiti: il decreto rappresenta un'occasione per:

- introdurre obblighi e cronoprogrammi precisi,
- attivare turni serali e weekend,
- utilizzare fondi vincolati in modo operativo.

Tuttavia, senza una reale integrazione tra pubblico e privato accreditato e senza un sistema informativo condiviso, c'è il rischio che le misure restino ****episodiche e calate dall'alto****, senza impatto duraturo sulla gestione delle liste d'attesa.



Conclusioni

Il Governo ha stanziato risorse crescenti (da 500 mln fino a 1 mld annui), accompagnate da strumenti operativi (CUP unici, defiscalizzazione, monitoraggio).

Le differenze regionali nell'uso dei fondi e organizzazione interna generano un impatto molto variabile sui tempi di attesa.

Efficacia dimostrata solo dove c'è:

capacità programmatoria (cabina di regia regionale),

sistemi informativi condivisi,

accordi funzionali col privato accreditato.

Oltre alla Calabria, anche altre Regioni affrontano tempi disomogenei, ma quelle virtuose mostrano risultati concreti e sostenibili.

16. IL SISTEMA SOCIO ASSISTENZIALE

Un sistema integrato mai decollato: limiti normativi e derive applicative

Il sistema dell'assistenza sociale in Calabria si inserisce nel quadro normativo nazionale definito dalla **Legge 328/2000**, che ha introdotto per la prima volta in Italia il concetto di **sistema integrato di interventi e servizi sociali**, fondato sui principi di universalità, sussidiarietà, programmazione e integrazione tra politiche sanitarie, sociali ed educative.

Per attuare la 328/2000, la Regione Calabria ha approvato la propria **Legge Regionale 23/2003**, ancora oggi formalmente vigente. La norma, seppur innovativa, è rimasta per lunghi anni **inattuata**, in assenza dei necessari regolamenti attuativi, strumenti di programmazione e risorse dedicate.

Solo nel 2016, dopo oltre un decennio di stallo, la Giunta regionale ha approvato la **DGR 449/2016**, che intendeva finalmente dare attuazione alla legge regionale istituendo il nuovo sistema integrato. Tuttavia, il provvedimento si è rivelato **tecnicamente lacunoso e politicamente insostenibile**: è stato bloccato dal Consiglio Regionale e successivamente **annullato dalla giustizia amministrativa** per gravi vizi procedurali, oltre che per le conseguenze economiche che avrebbe generato sui bilanci comunali e sull'accesso dei cittadini più fragili alle prestazioni.

Nel 2019, la stessa impostazione viene riproposta con la **DGR 503**, corretta nei vizi formali ma sostanzialmente identica nei contenuti. A completamento dell'impianto normativo, nel 2020 viene adottato il **Regolamento 22**, con cui si introducono nuove regole per l'accreditamento e l'autorizzazione degli enti gestori. Il percorso si conclude nel 2024 con la **DGR 499**, che disciplina la compartecipazione dell'utenza alle tariffe sociali e i criteri di spesa per gli ambiti.

L'impianto complessivo, così come definito dal combinato disposto di queste norme, è oggi **formalmente completo ma sostanzialmente disfunzionale**, per almeno cinque motivi:

1. **Mancata verifica del fabbisogno** prima dell'accreditamento;
2. **Accreditamento indiscriminato**, che ha moltiplicato gli erogatori senza controllo;
3. **Tariffe sociali non paramtrate al reale bisogno assistenziale**;
4. **Sistema a buoni servizio** che scarica il costo dell'assistenza sulle famiglie;
5. **Assenza di convenzioni annuali**, con conseguente instabilità per le strutture.

La pretesa di realizzare un sistema integrato, fondato solo sulla spinta dell'associazionismo e dell'amministrazione locale, **senza una regia tecnica e**

finanziaria regionale, ha prodotto **una riforma formalmente ordinata ma caoticamente applicata**, che rischia oggi di mettere in crisi l'intero comparto dell'assistenza in Calabria.

La progressiva attuazione della riforma assistenziale calabrese, a partire dal 2020, ha confermato sul campo tutte le **criticità prospettate in fase di elaborazione normativa**. Oggi, a distanza di anni dall'avvio del nuovo impianto, le conseguenze sono evidenti sotto molteplici profili:

- **Caos amministrativo**, con norme applicative cambiate più volte, ambiti territoriali disallineati tra loro e un quadro gestionale incerto;
- **Ritardi nei rimborsi e nei pagamenti**, che mettono in seria difficoltà economica le strutture, molte delle quali operano con margini già ridottissimi;
- **Crescente rinuncia alle cure e all'assistenza**, specialmente nelle aree interne, dove l'offerta pubblica è debole e quella privata è a rischio sostenibilità.

In Calabria, a fronte di **oltre 575 strutture socio-assistenziali accreditate** il sistema non riesce a garantire **equità di accesso né continuità assistenziale**, con il risultato di una **distribuzione caotica e spesso inefficace dell'offerta**.

La Filiera Salute di Confapi Calabria, ha formulato **proposte puntuali e realizzabili**. Il documento trasmesso nel 2020 all'assessorato regionale includeva:

- la **reintroduzione della convenzione annuale**, quale strumento di programmazione flessibile ma vincolante;
- la **limitazione dell'accreditamento** ai soggetti operanti in aree realmente scoperte, in base a una verifica preventiva del fabbisogno;
- l'individuazione di **criteri oggettivi per l'accesso ai servizi** e per la distribuzione delle risorse;
- il mantenimento di **tariffe sociali sostenibili**, scongiurando il rischio di caricare famiglie e Comuni oltre le loro possibilità.

Queste proposte non sono state accolte, ma oggi trovano pieno riscontro nelle criticità sistemiche che stanno conducendo **il welfare regionale verso una condizione di default tecnico**, in particolare per quanto riguarda la sostenibilità finanziaria degli enti locali e la capacità operativa del sistema di garantire l'erogazione continuativa delle prestazioni assistenziali. In assenza di una risposta strutturata e tempestiva da parte della rete dei servizi sociali territoriali, si registrerà un crescente ricorso da parte dei cittadini a prestazioni sociosanitarie improprie, con conseguente aggravio per il sistema sanitario e distorsione nell'utilizzo delle risorse.

Focus – Salute mentale, dipendenze e fragilità: minori, carcere, donne

1. Stato attuale e dati chiave

Salute mentale generale

Nel 2023, oltre 17.600 calabresi erano in carico ai Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), mentre si stima che circa 470.000 persone (20-30% della popolazione) convivono con disturbi psichici sottosoglia.

Più di 15.400 accessi al Pronto Soccorso per problematiche psichiatriche, pari a oltre 40 al giorno.

Minori e adolescenti

In Calabria non esistono strutture residenziali psichiatriche per adolescenti; i minori con disturbi psichici vengono spesso trasferiti fuori regione, lontano dalle famiglie.

L'indice di salute mentale tra i 14-19enni nel 2023 è sceso a 71 (fonte: stime locali su indagini PASSI), con un divario di genere significativo: 67,4 per le ragazze contro 74,3 per i ragazzi.

Carcere e salute mentale

Le due REMS calabresi (Santa Sofia d'Epiro e Girifalco) ospitano 20 pazienti ciascuna, ma i tempi di attesa per l'accesso superano i 2 anni.

Le ore settimanali per psicologi e psichiatri ogni 100 detenuti sono rispettivamente 7,25 e 5,93, tra le più basse in Italia.

Donne vittime di violenza

Nel 2023, solo nella provincia di Cosenza, sono stati registrati 815 casi di violenza sulle donne.

L'indice di femmicidi in Calabria (0,33) è superiore alla media nazionale, indicando un sistema di prevenzione e protezione insufficiente.

Il "Reddito di Libertà", destinato alle donne vittime di violenza, ha visto in Calabria l'erogazione di 319.963 euro.

2. Criticità strutturali

Carenza di strutture e personale: assenza di centri psichiatrici per minori, carenza di psichiatri e psicologi nelle carceri, e insufficienza di centri antiviolenza.

Integrazione debole: scarsa sinergia tra DSM, SerD, servizi sociali e Terzo Settore, con percorsi di cura frammentati.

Accesso limitato ai servizi: lunghe liste d'attesa e trasferimenti fuori regione per i minori, tempi di attesa prolungati per l'accesso alle REMS.

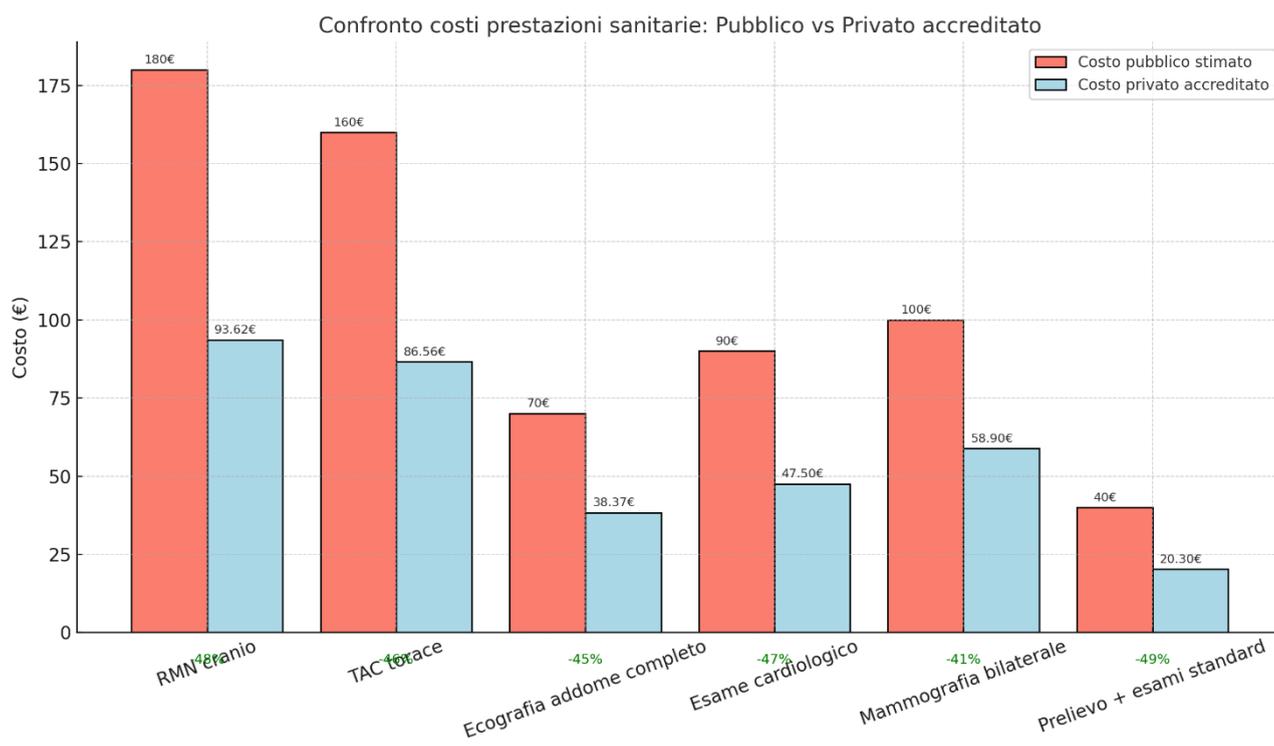
17. LA QUESTIONE DEI COSTI

Analizzare i costi è necessario perché la sostenibilità del Servizio Sanitario Regionale dipende sempre più dalla capacità di garantire prestazioni di qualità a costi controllati. In questo contesto, il confronto tra strutture pubbliche e private accreditate è indispensabile per:

- identificare modelli organizzativi più efficienti,
- ottimizzare la spesa sanitaria,
- orientare le politiche di programmazione e accreditamento.

Dati a confronto

Secondo elaborazioni su fonti ufficiali (DGR Calabria, Agenas, GIMBE), emerge che per molte prestazioni sanitarie il costo medio sostenuto dal sistema regionale nelle strutture pubbliche è significativamente più alto rispetto alla tariffa riconosciuta per le stesse prestazioni erogate dal privato accreditato. Di seguito alcuni esempi:



Osservazione: I dati dimostrano che il privato accreditato garantisce prestazioni a costi significativamente inferiori rispetto al pubblico, a parità di qualità e controllo. Le tariffe riconosciute alle strutture private accreditate sono in media inferiori del

40–50% rispetto ai costi sostenuti direttamente dalle strutture pubbliche, pur garantendo standard di qualità richiesti dal SSR.

AGENAS – Confronto tra tariffe nazionali e regionali di prestazioni ambulatoriali

Include analisi su come le tariffe regionali si confrontano con le tariffe private accreditate:

<https://www.agenas.gov.it/ricerca-e-sviluppo/567-prestazioni-specialistiche-ambulatoriali-salviamo-ssn.it+15Agenas+15sanitask.it+15>**Programma operativo Calabria (DCA 75/2020 e DCA 134/2022)**

Documento contenente dettagli sui costi e sull'integrazione delle prestazioni tra pubblico e privato accreditato nella regione Calabria:

<https://www.regione.calabria.it/wp-content/uploads/2022/11/programma-operativo-2022-2025.pdf>
[Regione Calabria+1](#)[Regione Calabria+1](#)

Pdf-report GIMBE su autonomia differenziata in sanità

Contiene dati che distinguono l'attività tra pubblico e privato accreditato, utili per confronti regionali:

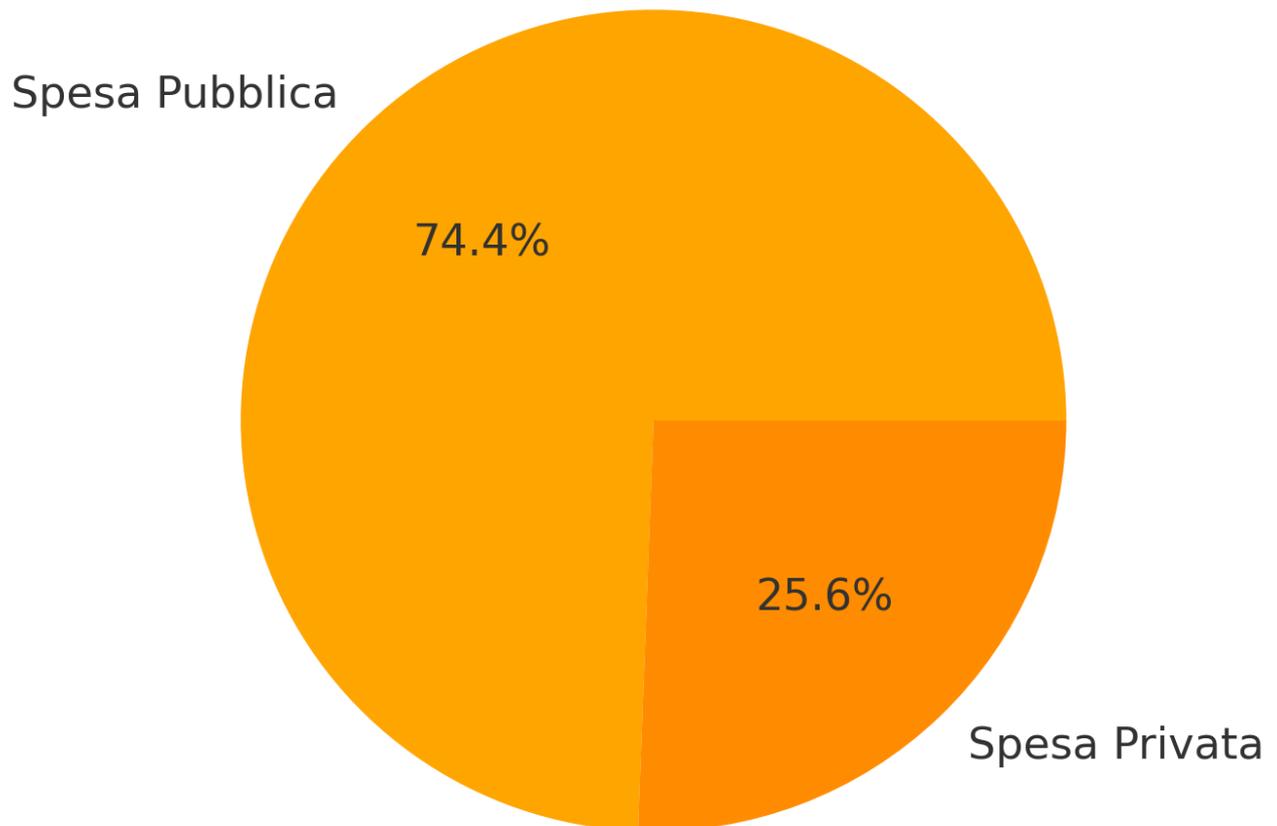
<https://www.consiglioregionale.calabria.it/upload/istruttoria/Report%20Osservatorio%20GIMBE%202022024.pdf> [Quotidiano Sanità+13](#)[Consiglio Regionale Calabria+13](#)[gimbe.org+13](#)

SEZIONE III. PER UN SISTEMA SALUTE SOSTENIBILE

18. APPENDICE - GRAFICI SINTETICI

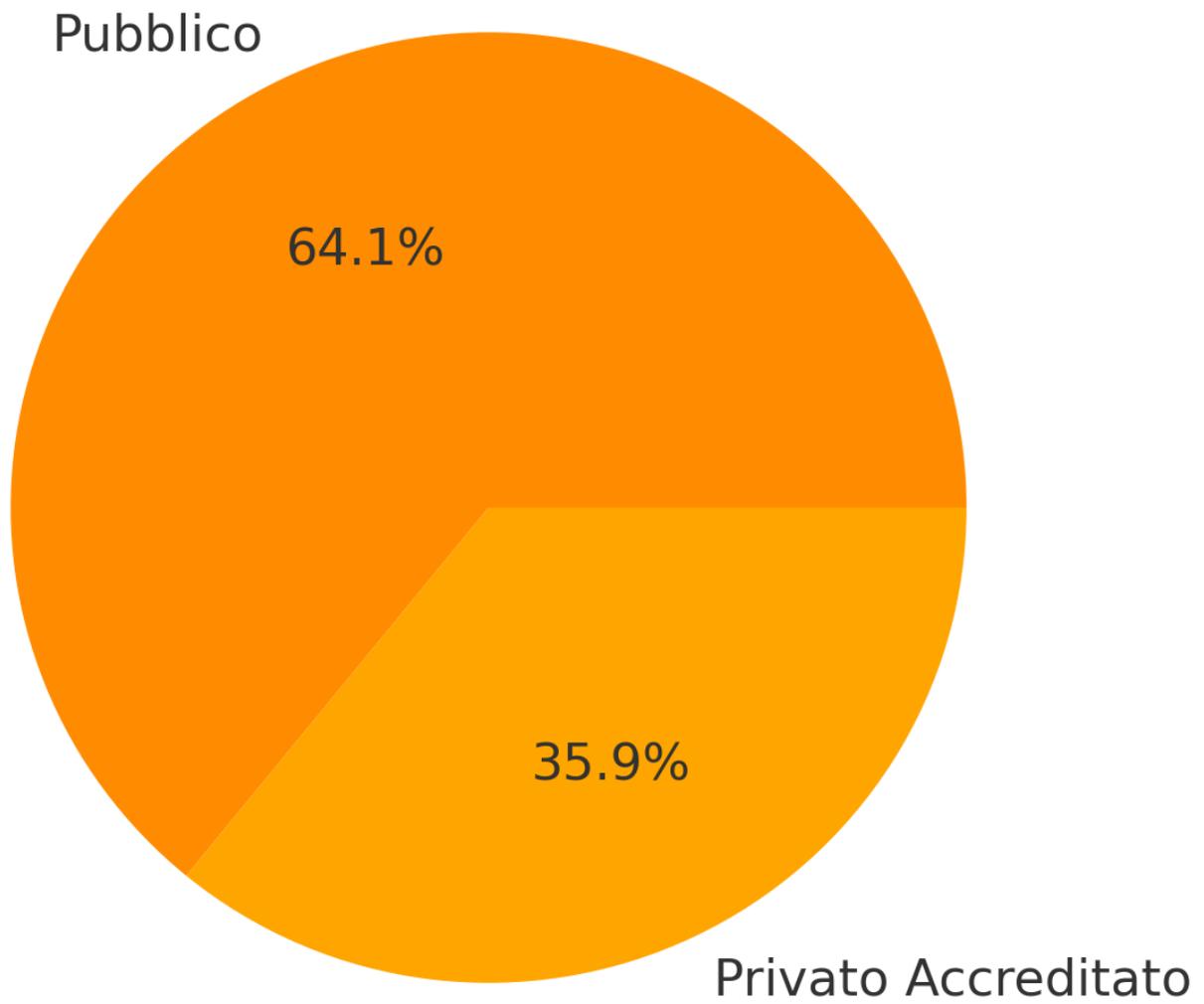
1. Spesa Sanitaria in Italia (2023)

Spesa Sanitaria in Italia (2023) - miliardi di €

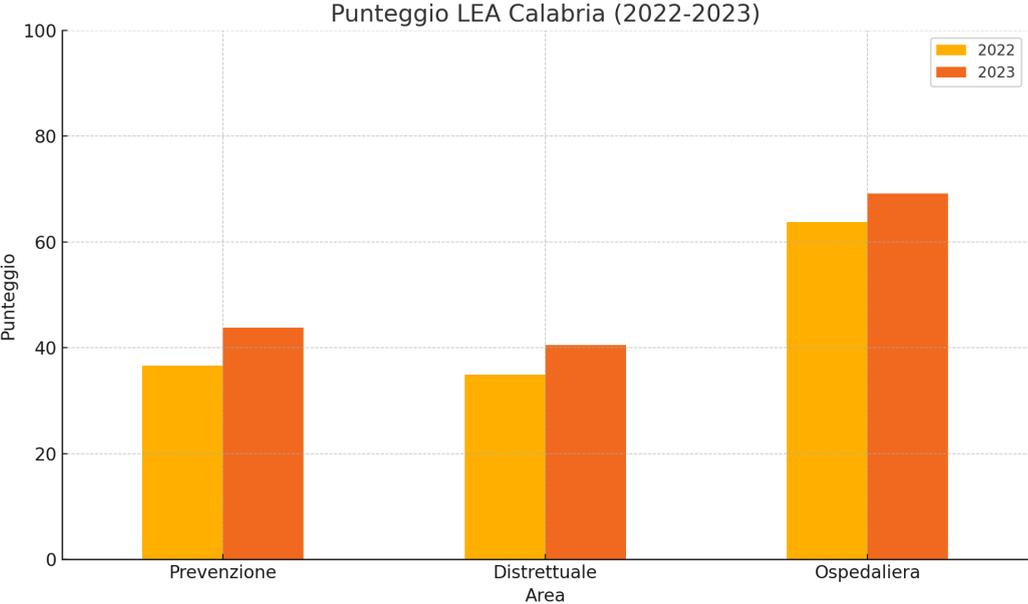


2. Mobilità Sanitaria Attiva in Calabria (2023)

Mobilità Sanitaria Attiva in Calabria (2023)



3. Punteggio LEA Calabria (2022-2023)



19. LA SALUTE OLTRE IL POLLINO

L'analisi del sistema sanitario calabrese evidenzia un quadro articolato: persistono criticità storiche e strutturali, ma emergono anche segnali di cambiamento. In questa sezione si propone un confronto tra il modello calabrese e alcune Regioni italiane selezionate – Emilia-Romagna, Lombardia, Toscana, Lazio – che offrono esempi differenziati di gestione della sanità pubblica e integrazione con il privato accreditato per sdoganare l'idea diffusa che sanità regionale equivale a Calabria “malata” che si contrappone ad un Nord virtuoso.

La Regione Emilia-Romagna rappresenta un modello di forte regia pubblica, con integrazione ospedale-territorio e una medicina di iniziativa strutturata. Il privato accreditato è presente ma selezionato sulla base di criteri di complementarità e qualità. La trasparenza nei bilanci, la pianificazione partecipata e la governance multilivello consentono una risposta più efficace ai bisogni dei cittadini. In Emilia-Romagna il punteggio LEA è costantemente sopra la soglia, e la mobilità passiva è contenuta.

La Lombardia adotta un modello competitivo, fondato sulla separazione tra enti acquirenti (ATS) ed erogatori (ASST, ospedali pubblici e privati). Il privato accreditato ha un ruolo centrale, con una quota di mercato molto elevata, soprattutto in ambito ambulatoriale e riabilitativo. Sebbene l'offerta sia ampia, le criticità riguardano la continuità assistenziale, la frammentazione dei percorsi e una minore omogeneità nella qualità percepita. Il sistema lombardo privilegia la libertà di scelta, ma richiede una forte capacità regolatoria per evitare squilibri.

La Toscana si distingue per una centralità della prevenzione, un modello integrato ospedale-territorio e una gestione accentrata delle ASL, che garantisce omogeneità e coerenza nell'offerta. L'uso del privato è più contenuto, ma regolato in modo efficiente. I livelli di soddisfazione dell'utenza sono tra i più alti d'Italia, e il sistema informativo regionale consente un monitoraggio costante delle performance.

Rispetto a queste esperienze, la Calabria mostra punti di debolezza evidenti: governance frammentata, ritardi nella digitalizzazione, sottofinanziamento strutturale e mancanza di programmazione. Tuttavia, proprio per le sue condizioni di partenza, la Calabria potrebbe diventare un laboratorio di sperimentazione di

modelli di sussidiarietà intelligente, se accompagnata da riforme strutturali e da una regia politica stabile.

Il confronto interregionale suggerisce che la chiave per la sostenibilità non risiede solo nel modello adottato, ma nella coerenza della governance, nella qualità della programmazione e nella capacità di valorizzare tutte le risorse disponibili, pubbliche e private.

L'analisi comparata dei sistemi regionali evidenzia che nessun territorio è esente da criticità: liste d'attesa fuori standard anche nelle regioni benchmark, carenze di personale diffuse al Centro, squilibri finanziari e mobilità passiva strutturale al Sud. Le sfide che attendono il Servizio Sanitario Nazionale sono sistemiche e trasversali, e richiedono risposte articolate in ogni Regione. La Calabria, pur partendo da condizioni storicamente più fragili, è oggi parte attiva di un processo di trasformazione che riguarda l'intero sistema Paese.

Regione	Modello prevalente	Ruolo del privato accreditato	Caratteristiche distintive
Lombardia	Competitivo/separato ATS-ASST	Molto rilevante (>40%)	Forte integrazione del privato; modello quasi-mercato
Emilia-Romagna	Integrato pubblico-centrico	Moderato, selettivo	Programmazione regionale forte; rete territoriale solida
Toscana	Integrato ospedale-territorio	Contenuto ma presente	Alta qualità pubblica, centralità della prevenzione
Lazio	Ibrido instabile	Rilevante ma disomogeneo	Progressi gestionali post piano di rientro
Calabria	Misto debole e incompleto	Strategico ma sottoutilizzato	Commissariamento, sottoutilizzo del privato, carenze territoriali

Ogni regione sarà chiamata a fare la propria parte: chi per **mantenere gli standard raggiunti**, chi per **recuperare efficienza**, chi – come la Calabria – per **accelerare la trasformazione già avviata**.

SISTEMI SANITARI REGIONALI



NORD

PUNTI DI FORZA Alto livello qualitativo, mobilità sanitaria

CRITICITÀ Liste d'attesa, spese elevate



CENTRO

PUNTI DI FORZA Prestazioni sopra la media

CRITICITÀ Disomogeneità, carenza risorse



SUD E ISOLE

PUNTI DI FORZA Alcune eccellenze locali

La vera sfida non è una competizione tra territori, ma **una chiamata nazionale alla responsabilità e all'innovazione** riconoscendo che **la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale dipende da ogni anello della rete.**

La sanità territoriale è oggi l'anello debole del sistema sanitario nazionale: da Nord a Sud, tutte le Regioni mostrano ritardi nella presa in carico, nell'integrazione dei servizi e nella prossimità delle cure.

Lettura comparativa

Il confronto tra Regioni nel quadro dell'attuazione del PNRR e della riforma della sanità territoriale offre una fotografia chiara delle diseguaglianze italiane. A fare da spartiacque non è solo il grado di sviluppo, ma la capacità di trasformare le risorse in azioni concrete.

Regione	% Spesa Case CdC	% Spesa Ospedali OdC
Liguria	36,4%	5,1%
Veneto	31,1%	23,0%
Valle d'Aosta	31,6%	80,9%
Emilia-Romagna	26,2%	21,9%
Friuli Venezia Giulia	26,0%	32,0%
Lombardia	25,2%	17,9%
PA Trento	17,1%	9,5%
Toscana	19,9%	12,5%
Umbria	20,7%	17,4%
Piemonte	13,4%	12,9%
Marche	7,7%	10,4%
Lazio	9,5%	4,9%
Abruzzo	9,4%	9,8%
Basilicata	10,4%	3,9%
Puglia	6,7%	5,2%
Campania	6,1%	6,6%
Sardegna	4,6%	6,1%

Sicilia	5,0%	4,7%
Molise	1,9%	1,9%
Calabria	5,1%	2,4%

Legenda: dati aggiornati al 31 gennaio 2025 (fonte: Ministero Salute – Italia Domani). Media nazionale: 14,6% CdC – 11,5% OdC.

La riforma della sanità territoriale rappresenta il fulcro della Missione 6 Salute del PNRR, ma al tempo stesso ne è il punto più critico. Le diseguaglianze tra Nord e Sud Italia si stanno infatti ampliando, proprio sul terreno dove il sistema avrebbe dovuto ricucire le fratture: la medicina di prossimità.

Eppure, proprio da una delle regioni più fragili del Paese arriva un segnale di discontinuità. La **Calabria**, reduce da oltre un decennio di commissariamento, sta dimostrando di poter fare **più di altre Regioni**. Nonostante vincoli burocratici, ritardi pregressi e una struttura sanitaria da ricostruire, la Regione ha già avviato le progettazioni, individuato le sedi e messo a sistema Azienda Zero per coordinare le riforme. Questo approccio integrato, sebbene ancora imperfetto, è oggi più avanzato rispetto a molte realtà del Mezzogiorno.

1. Ritardo infrastrutturale

- Solo il **2,7% delle Case della Comunità** previste a livello nazionale è oggi pienamente operativo.
- Nessun **Ospedale di Comunità** risulta completato e funzionante secondo gli standard del DM 77/2022.

Le cause del ritardo:

- progettazioni incomplete;
- difficoltà nell'avvio delle gare;
- burocrazia comunale e carenze tecniche;
- mancanza di coordinamento tra Regione, ASP e Comuni.

Le regioni più indietro in termini di spesa PNRR per Case e Ospedali di Comunità sono:

- **Molise, Sicilia, Sardegna, Campania** (spesa effettiva < 6%).

Nota positiva: **la Calabria ha già attivato le prime fasi di progettazione, ha individuato tutte le sedi e avviato i bandi di personale.**

2. Carenza di personale

Le nuove strutture rischiano di rimanere "contenitori vuoti". Le criticità:

- mancano **infermieri di comunità, medici di medicina generale e specialisti territoriali**;
- turnover elevato, soprattutto nelle regioni meridionali;
- pochi giovani medici scelgono la medicina territoriale;
- retribuzioni e carichi di lavoro non competitivi.

Senza un investimento straordinario su formazione e reclutamento, la riforma resterà sulla carta.

In Calabria, grazie anche alla **flessibilità gestionale introdotta dalla struttura commissariale**, sono stati programmati nuovi concorsi e stabilizzazioni, con l'obiettivo di trattenere e attrarre professionisti.

3. Disuguaglianze regionali

Il Nord ha potuto contare su reti territoriali più solide, personale stabile e strumenti gestionali maturi. Il Sud e le Isole scontano invece:

- ritardi storici nella medicina di prossimità;
- scarsa capacità amministrativa locale;
- minore spesa sanitaria pro capite;
- difficoltà nell'accesso ai fondi PNRR.

Ma la **Calabria, con la regia unificata di Azienda Zero, l'avvio di 61 Case della Comunità e la digitalizzazione in corso**, si presenta oggi come un caso di riscatto operativo, a dimostrazione che anche oltre il Pollino si può innovare con visione.

20 LE PROPOSTE

Il presente lavoro ha analizzato il sistema sanitario calabrese alla luce delle sue peculiarità istituzionali, economiche e operative. È emerso un quadro complesso: da un lato, un sistema in cronica difficoltà, aggravato da oltre un decennio di commissariamento; dall'altro, una serie di interventi recenti che stanno cercando di avviare un cambiamento strutturale, sia sul piano della governance che su quello dell'offerta assistenziale.

La sostenibilità del diritto alla salute in Calabria non può più essere affidata alla sola capacità del sistema pubblico, in un contesto caratterizzato da scarsa capacità fiscale, disoccupazione elevata, popolazione anziana e dispersione territoriale. È necessaria una nuova visione di sistema salute, fondata su:

- una governance multilivello realmente inclusiva e responsabile;*
- una programmazione basata su fabbisogni e indicatori misurabili;*
- un utilizzo selettivo e strategico del privato accreditato, come leva di efficienza e prossimità;*
- investimenti nella sanità territoriale, nella digitalizzazione e nella formazione del personale.*

In termini di policy, si propongono le seguenti linee di azione:

- 1. Superare progressivamente il commissariamento, restituendo alla Regione piena titolarità nella programmazione e gestione.*
- 2. Adottare un sistema di finanziamento misto, che premi i risultati e penalizzi inefficienze, basato su una quota fissa e una variabile legata a esiti di salute pubblica.*
- 3. Integrare pienamente il privato accreditato nella pianificazione distrettuale, riconoscendone il ruolo nei percorsi di cronicità, diagnostica e assistenza domiciliare.*
- 4. Rafforzare i meccanismi di controllo e trasparenza, tramite sistemi informativi interoperabili, monitoraggio dei LEA e audit indipendenti.*
- 5. Costruire una rete di servizi sociosanitari realmente integrata, a partire dalle aree interne, con il supporto del Terzo Settore e delle comunità locali.*

La Calabria può e deve ambire a uscire dalla marginalità sanitaria in cui è stata confinata. Per farlo, occorre passare dalla logica della deroga a quella della responsabilità condivisa. Solo così sarà possibile rendere effettivo, per tutti, il diritto alla salute sancito dalla Costituzione.

La principale necessità del sistema Salute, in Italia come in Calabria, è oggi rappresentata dalla sua **sostenibilità economica e sociale**. A fronte di un **aumento strutturale della domanda** – legato all'invecchiamento della popolazione, all'incremento delle cronicità e all'evoluzione delle tecnologie – i sistemi sanitari regionali si trovano a operare entro **vincoli di bilancio sempre più stringenti**.

Nel **Mezzogiorno** e in particolare in **Calabria**, questa tensione è aggravata da due fattori strutturali:

1. Pressione fiscale ridotta

- **Numero medio di contribuenti attivi** (fonte MEF 2023):
 - **Italia: circa 43 contribuenti ogni 100 abitanti**
 - **Calabria: solo 36 contribuenti ogni 100 abitanti**
- Questo gap fiscale riduce drasticamente la capacità della Regione di autofinanziare la spesa sanitaria.

2. Disoccupazione e fragilità occupazionale

- **Tasso di disoccupazione (Istat, I trim. 2024):**
 - **Italia: 7,2%**
 - **Calabria: 17,8%**
- **Disoccupazione giovanile (under 25):**
 - **Italia: 20,1%**
 - **Calabria: 39%**
- Questi numeri indicano che una larga fetta della popolazione **usufruisce dei servizi sanitari ma non contribuisce attivamente**, in termini fiscali, al loro mantenimento.

3. Invecchiamento e cronicità

- **Popolazione over 65 (2023):**
 - **Italia: 24,1%**
 - **Calabria: 23,8%**
- In entrambe le realtà, la componente anziana rappresenta quasi **1 cittadino su 4**, con conseguente aumento della spesa per cure croniche e lungodegenze.

In sintesi, la Calabria si trova in una condizione di **doppio squilibrio: alta domanda sanitaria + bassa capacità fiscale**.

Questo **modello non è sostenibile nel lungo periodo** e rende urgente l'adozione di un **nuovo paradigma di sostenibilità**, basato su:

- criteri di efficienza e appropriatezza dell'offerta;
- collaborazione strutturata tra pubblico e privato;
- valorizzazione del capitale sociale e produttivo territoriale;
- semplificazione amministrativa e fiscale.

📌 Come viene suddiviso il Fondo Sanitario Nazionale

Il Fondo Sanitario Nazionale (FSN) è la principale fonte di finanziamento della sanità pubblica in Italia. Ogni anno viene ripartito tra le Regioni sulla base di criteri stabiliti dall'Intesa Stato-Regioni, che tengono conto di:

Popolazione residente pesata, secondo età e bisogni sanitari;

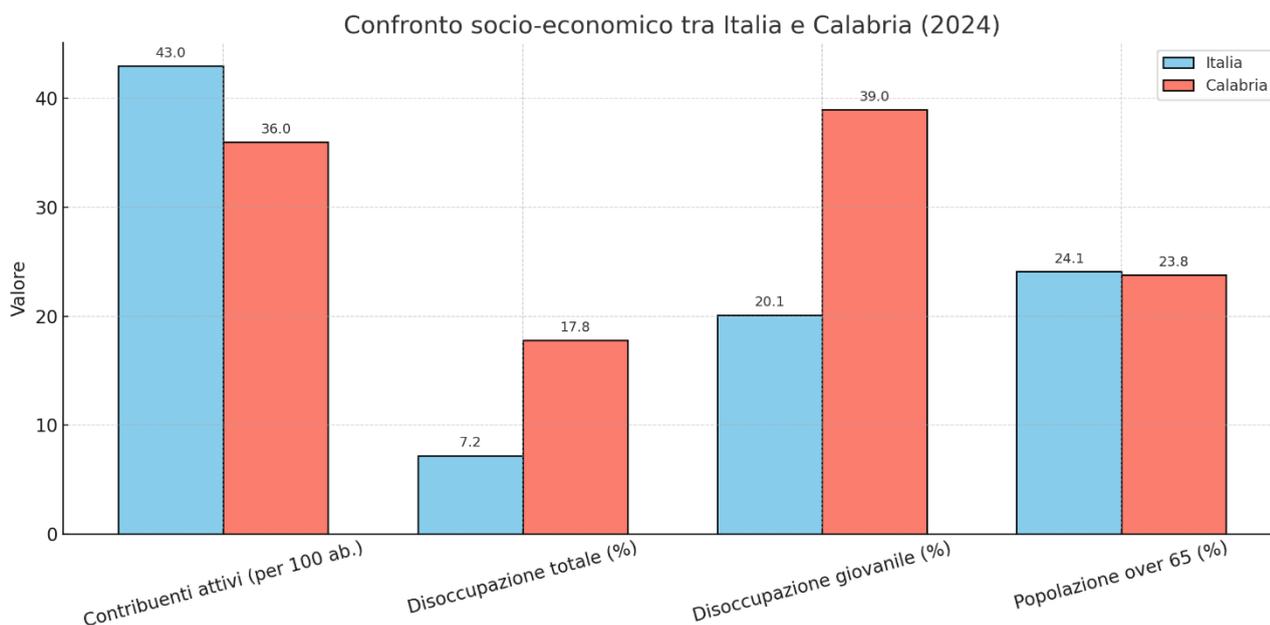
Standard di costo per livelli essenziali di assistenza (LEA);

Indicatori socio-economici (fragilità, deprivazione);

Flussi di mobilità sanitaria (attiva e passiva);

Rispetto degli obiettivi di piano e vincoli di bilancio.

Nel 2023, oltre il 95% del Fondo è stato assegnato su base capitaria ponderata, ma le Regioni commissariate, come la Calabria, hanno vincoli stringenti sull'uso delle risorse e margini ridotti di programmazione autonoma.



1. Rafforzare la governance multilivello

Promuovere una gestione realmente integrata e trasparente del sistema sanitario regionale attraverso la costruzione di una **governance multilivello** che coinvolga in modo strutturato:

- **Regione Calabria:** con funzioni di regia strategica, pianificazione e controllo;

- **ASP:** come soggetti attuatori territoriali responsabili dell'organizzazione e della qualità dei servizi;
- **Enti Locali (Comuni, Ambiti Sociali):** per l'integrazione sociosanitaria e la rilevazione dei fabbisogni reali della popolazione;
- **Soggetti accreditati:** chiamati a partecipare ai tavoli di programmazione e valutazione in una logica di cooperazione e non di subalternità.

Strumenti operativi:

- istituzione di **cabine di regia distrettuali** integrate (sanità, sociale, privato accreditato, Terzo Settore);
- adozione di **Piani di zona socio sanitari** con obiettivi misurabili;
- uso sistematico di **indicatori di performance** condivisi;
- pubblicazione periodica di **report di trasparenza e accountability** sui risultati raggiunti.

Questo modello favorisce corresponsabilità, continuità assistenziale e utilizzo efficiente delle risorse, superando frammentazioni e duplicazioni.

2. Programmazione sui fabbisogni reali

Adottare un sistema strutturato e permanente di rilevazione e monitoraggio dei **fabbisogni sanitari e sociosanitari**, fondato su dati epidemiologici aggiornati, indicatori demografici, georeferenziazione dell'offerta e rilevazione dei flussi di mobilità.

Il superamento del criterio storico–consuntivo, ormai riconosciuto obsoleto, impone oggi una **programmazione basata su fabbisogni standard** e differenziati per territorio. Questo approccio deve consentire:

- una mappatura dinamica della domanda di salute, anche nelle aree interne;
- l'allocazione mirata delle risorse, in particolare dove la domanda è insoddisfatta;
- l'intervento tempestivo nelle **aree a rischio di mobilità passiva**, attraverso l'attivazione di servizi locali adeguati (pubblici o accreditati) che intercettino il bisogno prima che il paziente scelga di curarsi fuori regione.

La qualità della programmazione è oggi il primo strumento per **contenere la mobilità sanitaria passiva** e restituire fiducia al sistema salute calabrese.

3. Sviluppare l'assistenza territoriale integrata

Realizzare e potenziare Case della Comunità, Ospedali di Comunità e assistenza domiciliare integrata, con particolare attenzione alle aree interne e alla cronicità.

4. Investire in prevenzione e digitalizzazione

Incrementare i programmi di screening, educazione sanitaria e sanità digitale (telemedicina, fascicolo sanitario elettronico, interoperabilità).

5. Formazione e valorizzazione delle competenze

Attivare percorsi formativi specifici per il personale sanitario e sociosanitario, incentivare il rientro dei professionisti e il capitale umano locale.

6. Valorizzare il ruolo del privato accreditato

Promuovere un uso strategico e integrato del privato accreditato come **alleato strutturale** del sistema sanitario regionale, soprattutto nelle aree dove l'offerta pubblica è assente o insufficiente.

Adottare una **mappatura puntuale dei territori carenti**, utilizzando indicatori di domanda inevasa, tempi di attesa, mobilità passiva e distanza dai presidi esistenti ed:

- **estendere gli accreditamenti** in modo selettivo e mirato, per colmare i vuoti assistenziali;
- **snellire le procedure autorizzative e accreditative**, garantendo tempi certi e trasparenza;
- **applicare criteri di premialità** legati a:
 - esiti clinici e livelli di soddisfazione dell'utenza,
 - contenimento della spesa e riduzione della mobilità passiva,
 - capacità di presa in carico integrata e continuità assistenziale.

Le strutture sanitarie private accreditate possono affiancare la medicina generale su più livelli:

- Supporto diagnostico e specialistico a prezzi calmierati e accesso rapido.
- Sviluppo di piattaforme digitali integrate tra MMG e presidi ambulatoriali.
- Collaborazione nei percorsi di gestione delle cronicità, della salute mentale e dell'assistenza domiciliare.
- Partecipazione a reti distrettuali territoriali, contribuendo alla continuità assistenziale.

Nel 2023, il Fondo Sanitario Nazionale (FSN) ammontava a circa 134 miliardi di euro. Alla Calabria sono stati assegnati circa 3,6 miliardi di euro, pari al 2,4% del fondo totale, nonostante rappresenti circa il 3,1% della popolazione italiana.

Il 35,9% del valore economico della mobilità sanitaria passiva della Calabria viene erogato da strutture private accreditate fuori regione e il 42% dei posti letto post-acute è affidato al privato accreditato. Garantisce prestazioni di qualità a costi inferiori rispetto al pubblico: -50% in media. Ad esempio, la risonanza magnetica è erogata in 7 giorni nel privato contro oltre 300 nel pubblico.

Esempi di sussidiarietà efficiente

Diagnostica: risonanze magnetiche in 7 giorni a Corigliano-Rossano.

Riabilitazione: continuità post-acute a Chiaravalle Centrale.

Specialistica: visite entro 10 giorni a Vibo Valentia e Soverato.

Cronicità: presa in carico integrata a Lamezia Terme per pazienti con diabete e ipertensione.

- **Sussidiarietà intelligente: il risparmio** complessivo annuo stimato per l'utilizzo del privato accreditato nei quattro ambiti principali è **pari a oltre 16 milioni di euro**.
- **Effetto leva: ogni milione speso nel privato accreditato** consente di erogare più prestazioni rispetto al pubblico, **a parità di qualità**.
- **Le strutture accreditate** operano con **standard verificati, protocolli clinici, audit e indicatori di qualità**. In Calabria, molte di esse sono certificate ISO 9001 e accreditate per il risk management
- **Impatto economico e sociale:** Risparmio economico: oltre 16 milioni di euro stimati; riduzione della mobilità passiva: fino a 65 milioni €/anno; qualità misurata, auditata e integrabile nei percorsi pubblici

5. Proposte per rafforzare la sussidiarietà intelligente

- Inserire il privato nella programmazione regionale come attore strutturale
- Accredimento mirato e premiato sulla base dei bisogni
- Integrazione nei percorsi assistenziali territoriali
- Finanziamento basato su risultati
- Partecipazione del privato alla governance e monitoraggio degli impatti

8. Finanziamento con criteri certi e premianti

Prevedere un sistema di finanziamento regionale basato su due componenti:

- **Quota fissa:** garantisce la copertura dei costi essenziali per il funzionamento delle strutture sanitarie (personale, servizi di base, spese operative), assegnata in modo proporzionale alla popolazione assistita e ai bisogni standardizzati del territorio.
- **Quota variabile:** legata al raggiungimento di obiettivi misurabili in termini di salute pubblica, livelli essenziali di assistenza (LEA), riduzione della mobilità passiva, appropriatezza prescrittiva, tempi di attesa, esiti clinici e capacità di presa in carico dei pazienti cronici e fragili.

Questo approccio premia le strutture – pubbliche e accreditate – che dimostrano capacità organizzativa, efficienza nell'uso delle risorse e qualità nei risultati, stimolando un miglioramento continuo dell'offerta sanitaria regionale.

21. SCHEDE DI SINTESI PER UNA SANITÀ CALABRESE SOSTENIBILE

◆ Rafforzare la governance multilivello

Coinvolgere Regione, ASP, Enti Locali, Privato Accreditato e Terzo Settore in una programmazione trasparente e condivisa.

◆ Programmare sulla base dei fabbisogni reali

Utilizzare dati epidemiologici e demografici per allocare le risorse dove servono, soprattutto nelle aree interne.

- ◆ **Potenziare l'assistenza territoriale integrata**

Realizzare Case della Comunità, Ospedali di Comunità e assistenza domiciliare integrata.

- ◆ **Valorizzare il privato accreditato come alleato**

Ampliare selettivamente gli accreditamenti, ridurre le liste d'attesa, garantire prossimità assistenziale e qualità.

- ◆ **Sostenere i medici di famiglia**

Favorire il ricambio generazionale, la medicina di gruppo e l'integrazione con specialisti e strutture accreditate.

- ◆ **Investire in prevenzione e digitalizzazione**

Aumentare screening, promozione della salute e utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico.

- ◆ **Formare e trattenere le competenze**

Incentivare il personale sanitario, valorizzare i giovani professionisti e favorire il rientro dei medici calabresi.

- ◆ **Premiare l'efficienza e i risultati**

Introdurre un sistema di finanziamento con quota fissa e variabile, legato a esiti e obiettivi di salute pubblica.

22. APPENDICE – PREGIUDIZI DA SUPERARE SULLA SANITÀ PRIVATA

■ **Il privato fa solo profitto.**

✓ **Realtà:** Le strutture private accreditate operano su tariffe fissate dalla Regione e spesso a costi inferiori rispetto al pubblico. La loro missione è erogare servizi essenziali, in modo integrato con il sistema sanitario pubblico.

■ **Il privato sottrae risorse al pubblico.**

✓ Realtà: Il privato accreditato amplia l'offerta senza duplicare costi, riduce le liste d'attesa e contribuisce alla sostenibilità del sistema sanitario.

■ **La sanità deve essere solo pubblica per essere equa.**

✓ Realtà: L'equità si garantisce attraverso regole comuni, controlli pubblici e integrazione. Il pluralismo dell'offerta consente a più cittadini di ricevere cure in tempi adeguati.

■ **Il privato non è controllato.**

✓ Realtà: Le strutture accreditate sono sottoposte a verifiche, standard, audit regionali e nazionali, come quelle pubbliche.

■ **Il privato sceglie solo i pazienti più semplici.**

✓ Realtà: Il sistema di accreditamento obbliga all'erogazione di prestazioni equivalenti, su prescrizione medica e in regime di servizio pubblico.

23. GLOSSARIO

SSN: Servizio Sanitario Nazionale – sistema pubblico italiano di tutela della salute, istituito nel 1978.

LEA: Livelli Essenziali di Assistenza – prestazioni sanitarie che il SSN deve garantire in modo uniforme su tutto il territorio nazionale.

MMG: Medico di Medicina Generale – medico di famiglia, figura centrale della medicina territoriale.

ADI: Assistenza Domiciliare Integrata – servizio che offre assistenza sanitaria e socio-sanitaria a domicilio.

NSG: Nuovo Sistema di Garanzia – sistema di valutazione dell’adempimento delle Regioni ai LEA.

PNRR: Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – piano di investimenti e riforme per rilanciare l’Italia dopo la pandemia.

DM 77/2022: Decreto Ministeriale che riforma l’assistenza territoriale all’interno del SSN.

Accreditamento: Procedura che abilita strutture private a erogare prestazioni per conto del SSN.

Mobilità Sanitaria: Fenomeno per cui un cittadino si cura in una Regione diversa da quella di residenza.

FSE: Fascicolo Sanitario Elettronico – strumento digitale per raccogliere e condividere i dati sanitari dei cittadini.

CDC: Case della Comunità Strutture sanitarie territoriali previste dal DM 77/2022. Offrono cure primarie, assistenza integrata, servizi sociali e prevenzione. Rappresentano il punto di accesso unificato per il cittadino ai servizi sanitari e socio-sanitari.

AZIENDA ZERO: Organismo regionale di governo e supporto del sistema sanitario. Coordina il personale, gli acquisti, la digitalizzazione e la programmazione. In Calabria è stata istituita nel 2022 per centralizzare funzioni strategiche e superare la frammentazione gestionale delle ASP.

BUDGET DI SALUTE: Strumento di programmazione personalizzata per persone con disabilità o fragilità. Integra risorse sanitarie, sociali ed educative per attivare

progetti di vita indipendente, attraverso l'intervento congiunto di ASP, Comuni e Terzo Settore.

MEDICI A GETTONE: Professionisti reclutati tramite cooperative private per turni temporanei, spesso in Pronto Soccorso. Costano molto di più del personale assunto (fino a 150 €/ora) e vengono impiegati per sopperire a carenze di organico strutturale.

Bibliografia

Spesa sanitaria, mobilità passiva e confronto costi

Spesa sanitaria privata in Italia – GIMBE 2023:

https://salviamo-ssn.it/var/contenuti/Report_Osservatorio_GIMBE_2025.02_Spesa_sanitaria_privata_2023.pdf

Conti della salute – ISTAT SHA: https://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCCN_SHA

Mobilità sanitaria 2024 – GIMBE:

<https://www.gimbe.org/osservatorio-ssn/mobilita-sanitaria/mobilita-sanitaria-2024/>

Confronto costi pubblico/privato – Agenas:

<https://www.agenas.gov.it/ricerca-e-sviluppo/567-prestazioni-specialistiche-ambulatoriali>

Programma operativo Calabria – DCA 75/2020 e DCA 134/2022:

<https://www.regione.calabria.it/wp-content/uploads/2022/11/programma-operativo-2022-2025.pdf>

Report GIMBE su autonomia differenziata:

<https://www.consiglioregionale.calabria.it/upload/istruttoria/Report%20Osservatorio%20GIMBE%2022024.pdf>



LEA e performance sanitarie

LEA 2023 – GIMBE: <https://www.gimbe.org/osservatorio-ssn/lea-livelli-essenziali-di-assistenza/lea-2023/>

Sistema di garanzia LEA – Agenas: <https://www.agenas.gov.it>



Rete ospedaliera e personale sanitario

Programmazione rete ospedaliera Calabria:

<https://www.regione.calabria.it/wp-content/uploads/2023/07/programmazione-rete-ospedaliera.pdf>

Dotazione organica ASP Cosenza: https://www.asp.cosenza.it/trasparente/?p=Dotazione_organica

Decreti assunzioni 2024 – Regione Calabria:

<https://www.regione.calabria.it/dipartimento-salute-e-welfare/>

Decreto 30.07.2024:

<https://www.regione.calabria.it/wp-content/uploads/2024/08/DECRETO-N.-11069-DEL-30.07.2024.pdf>

Decreto 17.04.2025:

https://www.regione.calabria.it/wp-content/uploads/2025/04/Atto_numero_5764_del_17-04-2025.pdf

Decreto 13.11.2024:

<https://www.regione.calabria.it/wp-content/uploads/2024/11/15865-DEL-13.11.2024-DECRETO-INC.-VAC.-E.S.T.-2024.pdf>



Contenzioso medico-legale

Quotidiano Sanità – Contenzioso:

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=90308

Camera dei Deputati – Doc XXII-bis n.1: <https://documenti.camera.it/leg16/dossier/Testi/AS010.htm>



Normativa su pronto soccorso e continuità assistenziale

DM 70/2015: https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2362

DM 77/2022: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/sg>

D.Lgs. 502/1992:

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:1992-12-30;502>

D.Lgs. 517/1993:

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:1993-12-07;517>

Accordo Stato-Regioni 2001:

<https://www.statoregioni.it/media/2905/attuazione-del-programma-di-riorganizzazione-della-rete-di-emergenza-urgenza.pdf>

DPR 270/2000 – Continuità assistenziale:

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2000/06/27/000G0223/sg>

Zone carenti MMG – Decreto Calabria 2024:

<https://www.omceovvnews.it/wp-content/uploads/2024/05/DECRETO-7032-DEL-22.05.2024-ZONE-CARENTE-MMG-2024.pdf>

Agenas. (2023). Prestazioni specialistiche ambulatoriali. Retrieved from

<https://www.agenas.gov.it/ricerca-e-sviluppo/567-prestazioni-specialistiche-ambulatoriali>

Anessi-Pessina, E. (2020). Il finanziamento del sistema sanitario italiano. Milano: Egea.

Costa-Font, J., & Greer, S. L. (2013). Federalism and decentralization in European health and social care. Palgrave Macmillan.

GIMBE. (2024). Rapporto sulla mobilità sanitaria. Retrieved from <https://www.gimbe.org/osservatorio-ssn/mobilita-sanitaria/mobilita-sanitaria-2024/>

GIMBE. (2024). LEA – Livelli essenziali di assistenza. Retrieved from <https://www.gimbe.org/osservatorio-ssn/lea-livelli-essenziali-di-assistenza/lea-2023/>

AGGIORNAMENTO SETTEMBRE 2025 – L'analisi pubblicata dalla Fondazione GIMBE il 3 settembre 2025, basata sui dati ufficiali del Ministero della Salute relativi al 2023, evidenzia luci e ombre nell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in Italia.

Solo 13 regioni risultano adempienti, tra cui Campania, Puglia e Sardegna come uniche rappresentanti del Mezzogiorno. Al contrario, 8 regioni peggiorano le proprie performance rispetto al 2022: cali particolarmente rilevanti si registrano in Lazio (-10 punti), Sicilia (-11), Lombardia (-14) e Basilicata (-19).

Sul fronte positivo, spicca il risultato della Calabria, che registra un incremento di +41 punti, e della Sardegna, con un +26 punti. Nonostante ciò, le disuguaglianze territoriali restano marcate: le regioni settentrionali confermano una maggiore stabilità, mentre nel Sud la situazione rimane fragile e disomogenea.

Questi dati confermano come il divario Nord-Sud rappresenti ancora oggi una sfida centrale per il sistema sanitario italiano e rafforzano l'urgenza di politiche di riequilibrio, investimenti mirati e un'alleanza più forte tra pubblico e privato, affinché i cittadini possano godere di diritti di salute uniformi su tutto il territorio nazionale.

ISTAT. (2023). Conti della salute – SHA. Retrieved from https://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCCN_SHA

Marks, G., Hooghe, L., & Schakel, A. H. (2008). Patterns of regional authority. *Regional and Federal Studies*, 18(2-3), 167-181.

Ministero della Salute. (2015). Decreto Ministeriale 70/2015 – Riorganizzazione della rete ospedaliera.

Ministero della Salute. (2022). Decreto Ministeriale 77/2022 – Modelli e standard per l'assistenza territoriale.

OECD. (2023). *Health at a Glance: Europe 2022*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/4bcd43f4-en>

Regione Calabria. (2023). Programmazione rete ospedaliera. Retrieved from <https://www.regione.calabria.it/wp-content/uploads/2023/07/programmazione-rete-ospedaliera.pdf>

Saltman, R. B., & Figueras, J. (1997). European health care reform: analysis of current strategies. World Health Organization, Regional Office for Europe.

Ragioneria Generale dello Stato. (2023). Conti pubblici territoriali – Spesa sanitaria regionale.

Quotidiano Sanità. (2023). Il contenzioso legale in sanità. Retrieved from https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=90308

Candida Tucci è un'imprenditrice nel settore sanitario, laureata in Giurisprudenza presso l'Università Federico II di Napoli e abilitata alla professione forense. Ha conseguito un Master di II livello in Management Sanitario e diversi percorsi di alta formazione presso la Luiss Business School di Roma.

È presidente regionale della Filiera Sanità di Confapi Calabria dal 2014 e vicario nazionale della Filiera Salute. Ricopre incarichi nazionali come vicepresidente della Filiera Sanità Confapi e membro della Giunta di Presidenza Nazionale. Ha collaborato per l'attuazione dell'Agenda 2030 in ambito sanitario ed è docente in percorsi formativi per le professioni sanitarie.

La sua attività si fonda su un impegno costante per la sostenibilità, la collaborazione pubblico-privato e l'equità di accesso ai servizi di cura.

Quadro teorico

Il dibattito internazionale sui modelli di sanità si articola prevalentemente intorno a tre paradigmi: il modello Beveridge, basato su un servizio sanitario nazionale finanziato dalla fiscalità generale; il modello Bismarck, fondato su assicurazioni sociali obbligatorie; e i modelli misti, in cui coesistono pubblico e privato. L'Italia, con l'istituzione del SSN nel 1978, si è collocata nel solco del modello Beveridge, introducendo successivamente elementi di differenziazione territoriale e di pluralismo erogativo, specie con la regionalizzazione introdotta dal D.Lgs. 502/1992.

La teoria della sussidiarietà, in particolare nella sua accezione orizzontale, legittima il ricorso a soggetti non statali – come le imprese private accreditate – per l'erogazione di servizi di interesse generale, inclusa la sanità. In questo quadro, il privato non è antagonista del pubblico, ma partner funzionale, a condizione che siano rispettati principi di equità, trasparenza, controllo e universalismo delle prestazioni.

La letteratura sulla governance multilivello (Marks, Hooghe, Schakel) offre strumenti utili per analizzare il caso italiano, caratterizzato da una sovrapposizione di competenze tra Stato, Regioni e Aziende Sanitarie. In contesti deboli come la Calabria, questa complessità istituzionale può generare disfunzioni, soprattutto se si somma a fenomeni di commissariamento, ridotta capacità amministrativa e assenza di accountability orizzontale.

Infine, numerosi studi (Saltman & Figueras, OECD Health Systems, Anessi-Pessina, Costa-Font) evidenziano come le Regioni che adottano modelli integrati, con una forte regia pubblica e un'efficace sinergia con il privato accreditato, ottengano risultati migliori in termini di qualità, sostenibilità e soddisfazione degli utenti.

Bilanci, mobilità passiva, liste d'attesa

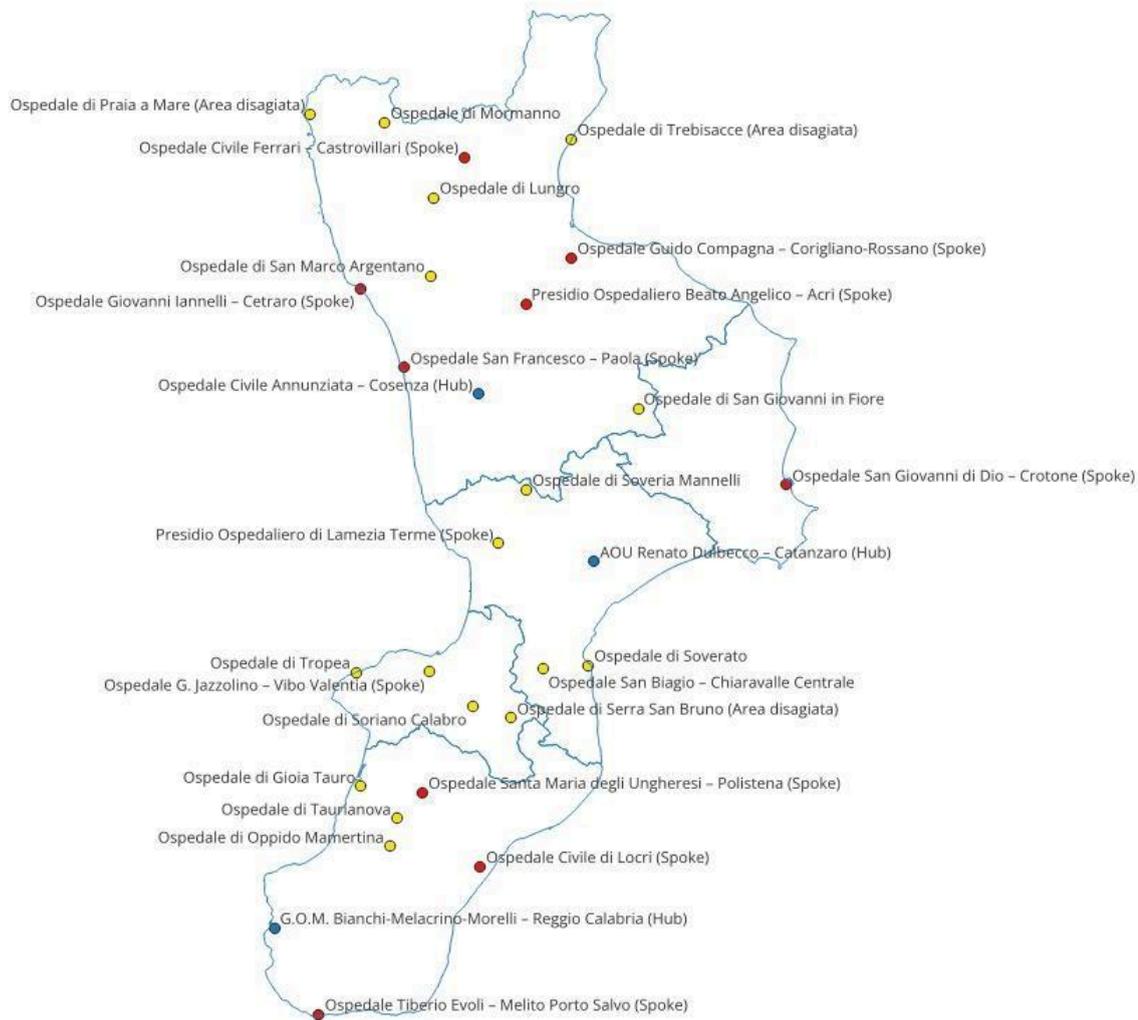
Fino al 2022, le ASP calabresi hanno accumulato gravi ritardi nell'approvazione dei bilanci. Dal 2023, sotto la gestione commissariale, si è avviato un processo di regolarizzazione, culminato con l'approvazione di tutti i bilanci pendenti entro gennaio 2025. La mobilità passiva continua a drenare risorse pubbliche significative: circa 3 miliardi di euro dal 2014 al 2024. Le liste d'attesa, nonostante piani e fondi dedicati, restano critiche: risonanze magnetiche oltre 200 giorni, visite cardiologiche oltre 90, ben al di sopra degli standard LEA. La mancanza di integrazione tra agende pubbliche e private ostacola l'ottimizzazione dell'offerta.

Governance commissariale e riforme

La lunga stagione commissariale (2010–2025) ha avuto un impatto profondo sulla sanità calabrese. Solo negli ultimi anni, con l'avvio di Azienda Zero, l'approvazione della nuova rete ospedaliera e i progetti PNRR, si è avviata una fase di riforma strutturale. La figura del commissario ha assunto una doppia funzione – tecnica e politica – ma resta il problema della legittimazione democratica e della responsabilità diffusa.

Cartine della rete ospedaliera calabrese

Mappa georeferenziata della distribuzione degli ospedali per categoria (hub, spoke, aree disagiate)





Mappa georeferenziata della distribuzione degli ospedali per categoria (hub, spoke, aree disagiate), su base cartografica OpenStreetMapi.

Ringraziamenti

Desidero esprimere la mia sincera gratitudine all'ingegnere Giacomo Martirano, che con la sua competenza tecnica ha reso possibile la realizzazione degli elaborati cartografici contenuti in questo lavoro.