

Skip to main content

io Calabria, operativo il nuovo microscopio di alta generazione nel reparto ...

MENU

Venerdì, 16 Gennaio

Ultimo aggiornamento alle 11:42

DIRETTA TV

CORRIERE
della
CALABRIA

I nostri canali

Si legge in: 10 minuti

Cambia colore:

ULTIME DAL CORRIERE DELLA CALABRIA

LALENTE DI EMILIANO

Sanità, la riforma a costo zero che rischia di penalizzare il Sud

Senza risorse aggiuntive e con i vincoli del commissariamento, la riforma può diventare una tagliola: meno servizi sul territorio, più liste d'attesa, più viaggi verso il Nord

Pubblicato il: 16/01/2026 – 10:32

di Emiliano Morrone



00:00

00:00

Ascolta la versione audio dell'articolo



PUBBLICITÀ



“Rimborsopoli” Calabria, la gestione «ordinata» dei conti del Gruppo Pd

“Il gruppo si era dotato di un commercialista che «teneva in ordine la contabilità e redigeva un vademecum per l'erogazione dei contributi»

16 Gennaio, 11:42

Gom di Reggio Calabria, operativo il nuovo microscopio di alta generazione nel reparto di OncoEmatologia Pediatrica

“Consegnato lo strumento acquistato con i fondi di “Giochiamo per un Sorriso”

16 Gennaio, 11:34

Tradizione e sperimentazione nella Calabria apocalittica di D'Agostino

“Un manoscritto immaginario diventa il luogo di una potente allegoria sulla fine del mondo e sulla fragilità dell'uomo

16 Gennaio, 11:01

Sanità, la riforma a costo zero che rischia di penalizzare il Sud

“Senza risorse aggiuntive e con i vincoli del commissariamento, la riforma può diventare una tagliola: meno servizi sul territorio, più liste d'attesa...

16 Gennaio, 10:32

Gioia Tauro, furto in chiesa: crocifisso e campana recuperati

“La rapina ai danni della Chiesa della Sacra Famiglia aveva sconvolto i fedeli. Crocifisso e campana sono stati recuperati in una zona di campagna e r...

16 Gennaio, 10:30

Edizioni provinciali

Catanzaro

Cosenza

Vibo Valentia

Reggio Calabria

Crotone

Promette bene ma può diventare una tagliola. Il disegno di legge delega approvato dal Consiglio dei ministri il 12 gennaio scorso consente al governo di riscrivere l'organizzazione del Servizio sanitario nazionale, e per la Calabria potrebbe comportare nuove amputazioni di servizi e ulteriore mobilità sanitaria. Dal titolo pieno di buone intenzioni («Riorganizzazione e potenziamento dell'assistenza territoriale e ospedaliera e revisione del modello organizzativo del Ssn»), il provvedimento è una legge delega. Il Parlamento autorizza il governo ad adottare uno o più decreti legislativi entro il 31 dicembre 2026 per intervenire sul modello del Servizio sanitario nazionale (Ssn), rivedendo l'impianto del decreto legislativo 502/1992 e aggiornando standard e regole che oggi determinano dove e come si cura il paziente, con quali strutture e con quali professionisti. **La delega tocca tre ambiti nei quali la Calabria paga già un prezzo alto, dopo 16 anni di Piano di rientro e commissariamento: assistenza territoriale, rete ospedaliera e personale.** Nell'articolo, i criteri direttivi comprendono l'aggiornamento del Dm 77 sull'assistenza territoriale, la revisione del Dm 70 sugli ospedali, la creazione di nuove reti cliniche tempo-dipendenti, l'integrazione sociosanitaria, la digitalizzazione e la disciplina di medici di famiglia e pediatri. Il quadro sembra tecnico ma il rischio nasce dal combinato disposto di potere normativo concentrato, standard uniformi e risorse scarse. Intanto, l'articolo 3 della legge delega stabilisce che l'attuazione non debba produrre «nuovi o maggiori oneri» per la finanza pubblica. La riforma è a costo invariato, salvo risorse aggiuntive da stanziare con altre leggi.

Per Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna non sarebbe un grosso problema

La Calabria è invece esposta, perché il suo Servizio sanitario è ancora sottoposto a Piano di rientro e al relativo commissariamento, dunque ha vincoli, controlli, limiti di spesa e programmazione compressa. In queste condizioni, la prevista neutralità finanziaria importa che il riordino avverrà spostando risorse da un punto all'altro, cioè senza creare dotazioni ulteriori nei reparti dove mancano persone e strumenti. Il secondo punto critico è la

nuova gerarchia degli ospedali, con una scelta destinata a fare discutere: oltre a ospedali di base, di primo e secondo livello, si introduce la categoria degli «ospedali di terzo livello» e quella degli «ospedali elettivi», strutture per acuti senza pronto soccorso. Sulla carta è un aggiornamento. In realtà, però, si crea un gradino nazionale di eccellenza e lo si lega a criteri che premiano i presidi che già attraggono pazienti, producono alta casistica, svolgono ricerca, pesano sui Drg e registrano mobilità attiva.

Nello specifico, la delega appare iniqua verso regioni come la Calabria.

Se la riferita terza categoria nasce sulla base di indicatori che certificano forza e attrattività, allora saranno proprio gli ospedali già efficienti a ricevere risorse dedicate, insieme al riconoscimento di infungibilità nella programmazione. I presidi che perdono pazienti perché non riescono a curarli sul posto rischiano di scivolare su un piano inclinato: meno attrazione, meno volumi, meno “titoli” e meno risorse. Già schiacciata dalla mobilità sanitaria, la Calabria può trovarsi a pagare un prezzo maggiore: l'eccellenza cresce altrove e qui la rete si assottiglia. È la logica dei criteri. Nella stessa norma c'è un'altra scelta delicata. Fra le strutture potenzialmente ascrivibili al terzo livello, la delega include anche quelle in cui titolarità e gestione delle attività assistenziali siano «direttamente e integralmente riconducibili» a fondazioni, associazioni o enti privati no-profit, anche religiosi o ecclesiastici civilmente riconosciuti. Ciò apre una questione politica rilevante: il vertice dell'offerta nazionale non coincide più necessariamente con la sanità pubblica in senso stretto. In un territorio come quello calabrese, dove già non è semplice far funzionare gli hub, l'effetto pratico è che risorse e riconoscimenti possono andare altrove, mentre i presidi calabresi restano nel pantano del rientro dai disavanzi sanitari, rinviato di anno in anno e spesso impossibile per ragioni strutturali ([leggi qui un relativo approfondimento](#)).

Gli «ospedali elettivi», invece, introducono un altro elemento di criticità.

Sono infatti strutture senza pronto soccorso, che devono garantire il collegamento con la rete dell'emergenza in tempi massimi uniformi per tutta l'Italia. In Calabria, dove strade lente, distanze e condizioni meteorologiche rendono spesso complicato raggiungere in fretta un pronto soccorso, un tempo massimo nazionale di trasferimento rischia di produrre effetti perversi. Se quel parametro è troppo rigido, rimane inattuato; se viene applicato alla lettera, può diventare il pretesto “tecnico” per ridimensionare i servizi nelle aree interne, perché ritenuti non sufficientemente collegati alla rete dell'emergenza. In ogni caso, l'impatto è lo stesso: i pochi pronto soccorso già sotto stress si caricano di ulteriore domanda e, per molte famiglie, la scelta finisce per essere la solita, cioè curarsi fuori regione.

Il terzo aspetto tocca la vita quotidiana dei reparti: standard minimi, volumi e appropriatezza. La delega prevede standard minimi per ricoveri e attività ospedaliera articolati per aree e territori, in coerenza con la disciplina dell'ospedale di comunità. Anche qui l'idea è condivisibile. Il problema è l'applicazione senza correttivi. Se lo standard nazionale non

incorpora variabili territoriali – epidemiologia locale, deprivazione sanitaria, densità abitativa, tempi reali di percorrenza –, si trasforma in un dispositivo di selezione: chi ha grandi volumi e infrastrutture rispetta le soglie; chi vive in territori complessi viene giudicato sotto standard, sicché perde servizi. In Calabria, un simile esito colpirebbe l'accesso alle cure come diritto.

Poi c'è la parola che nelle riforme ricorre sempre e quasi mai viene sostenuta: «personale». La delega si riferisce a percorsi integrati di carriera, a standard anche di personale per la non autosufficienza, al riordino della disciplina dei medici di Medicina generale e dei pediatri. Tuttavia, essa non affronta il punto cruciale: quanti professionisti servono, dove mancano, come si pagano e quali margini di deroga occorrono nelle regioni commissariate per il rientro dai disavanzi sanitari. In Calabria c'è una questione materiale, nel senso che mancano troppe risorse umane, nonostante gli sforzi compiuti di recente per rimpiazzare i sanitari pensionati. Gli ospedali lavorano con organici incompleti; il che si osserva nei turni scoperti, nelle reperibilità tirate, nelle chiusure temporanee di posti letto, nella prassi delle prestazioni aggiuntive e nelle condizioni spesso al limite del pronto soccorso. Nel mentre la domanda di cure cresce, perché la popolazione invecchia e le cronicità aumentano. Questa riforma, che alza gli standard senza finanziare assunzioni e stabilizzazioni, può aggravare il divario. Se mancano medici e infermieri, lo «sviluppo dell'assistenza territoriale nel Ssn» è alquanto irrealistico.

Così, il pronto soccorso diventa la porta principale, le liste d'attesa si allungano e la mobilità sanitaria lievita

È un circuito che le famiglie calabresi conoscono bene: nel 2024, secondo quanto riportato da Fondazione Gimbe, circa il 10 per cento dei calabresi ha rinunciato alle cure. La delega prevede anche un accentramento discreto, affidato ai dati. Quando essa richiama l'interoperabilità dei sistemi informativi, il coordinamento nazionale e l'integrazione con l'Ecosistema Dati Sanitari, attribuisce allo Stato una regia più incisiva sulla programmazione e sulla verifica dei risultati. È una scelta moderna, che può migliorare la qualità dell'assistenza, favorire il raffronto dei servizi, far emergere ritardi e sprechi, spingere le Regioni a correggere quanto non funziona. Però questa infrastruttura produce effetti diversi a seconda delle condizioni di partenza. Laddove il personale è sufficiente, la rete territoriale è strutturata e gli ospedali hanno dotazioni coerenti, i dati diventano uno strumento di governo. Dove invece mancano medici e infermieri, i reparti lavorano con organici ridotti e i servizi territoriali sono incompleti, la misurazione può trasformarsi in un mero elenco di inadempienze. In Calabria, in Piano di rientro e con criticità persistenti, il pericolo è reale: indicatori più stringenti e standard uniformi possono tradursi in obblighi formali senza risorse aggiuntive per rispettarli. **In quel caso,**

L'interoperabilità non sostiene il Servizio sanitario regionale ma certifica il divario e offre allo Stato una base tecnica per imporre ulteriori vincoli e razionalizzazioni. Questo è il punto politico: la delega non contiene tagli, però il suo impianto li rende possibili. Le decisioni finiscono nei decreti legislativi, gli standard diventano omogenei, la gerarchia ospedaliera si irrigidisce e nello stesso tempo si afferma che non devono esserci nuovi oneri. Nelle regioni con bilanci in salute e reti rodiate, il sistema può assorbire il colpo. In Calabria, dove l'ospedale hub spesso non ha dotazioni coerenti con quelle che dovrebbe avere, una riforma a costo zero alimenta la migrazione sanitaria e lascia sul posto il minimo indispensabile.

Che cosa andrebbe cambiato subito in Parlamento, per evitare che la delega diventi un acceleratore di disuguaglianze?

Primo: va riscritta la parte finanziaria. La neutralità può valere per la razionalizzazione delle procedure, non per gli standard essenziali. Serve un Fondo perequativo vincolato destinato alle regioni sotto soglia Lea e in Piano di rientro, legato a risultati concreti su assunzioni, rete dell'emergenza, tempi d'attesa e servizi territoriali. Secondo: i criteri degli ospedali di terzo livello vanno corretti con una variabile di giustizia territoriale. Non può contare soltanto la mobilità attiva o la casistica. Deve dunque contare la capacità di trasferire competenze e servizi verso le aree in ritardo, attraverso reti effettive, teleconsulti obbligatori, percorsi condivisi, formazione continua e supporto organizzativo. Terzo: gli standard minimi devono valere per tutti, ma vanno calibrati sulle condizioni dei singoli territori, non prescritti in modo identico da Milano alla Sila, da Verona a Melito Porto Salvo. Esiste un metodo valido, che tenga conto di epidemiologia, viabilità, tempi di percorrenza, deprivazione sanitaria, dispersione insediativa. La delega richiama già sistemi informativi e dati nazionali. Allora, si scriva in legge che gli standard si modulano su questi indicatori e che nessun servizio essenziale può essere ridotto senza una valutazione di accessibilità e d'impatto sanitario. Quarto: l'assistenza territoriale non parte senza personale. Per questo la riforma deve prevedere un piano straordinario di assunzioni e stabilizzazioni, con regole speciali per le Regioni commissariate, Calabria compresa. Con i vincoli di spesa del Piano di rientro e senza nuove assunzioni, la riforma impone servizi che nessuno può garantire, perché mancano medici, infermieri e operatori. E le coperture? Nel merito serve coraggio politico, però le fonti non mancano. Una prima strada è il gettito da giochi e scommesse. Le ricostruzioni del Mef registrano entrate tributarie rilevanti da lotterie e attività di gioco. Perciò, vincolare una quota stabile, anche contenuta, a personale e assistenza territoriale nelle regioni sotto soglia Lea produrrebbe un effetto immediato. Sarebbe una scelta di sanità pubblica, perché il gioco genera entrate e pure costo sociale.

Una seconda strada è la fiscalità sul comparto finanziario

Nel triennio 2026-2028 è stato discusso e stimato un aumento di gettito legato all'Irap per banche e intermediari. Destinare una quota vincolata a colmare gli squilibri territoriali del Ssn significa usare risorse disponibili per ridurre la disuguaglianza primaria, ossia l'accesso alle cure. La terza strada potrebbe essere un vincolo di riequilibrio sulle reti nazionali. Le strutture riconosciute terzo livello ricevono risorse per funzioni di interesse nazionale, il che va bene. Però una parte di quelle risorse deve essere condizionata a progetti di rete nelle regioni sotto soglia Lea. Per esempio, per posti di formazione, rotazioni, task force cliniche, telemedicina strutturata, supporto organizzativo. L'eccellenza, se costa, deve produrre equità. In caso contrario, è mera rendita. **La Calabria ha già pagato abbastanza per non conoscere l'inganno delle riforme a saldo zero. Dal 2009 vive sotto Piano di rientro e ancora oggi i Lea sono sotto la sufficienza, secondo le stime e cronache nazionali.** Non porta progresso alla Calabria una delega che introduce nuovi livelli ospedalieri, irrigidisce gli standard e prospetta un potenziamento senza risorse aggiuntive. Piuttosto, è pericolosa, perché può determinare servizi più lontani, acuire le difficoltà dei reparti, protrarre le attese e conferire un'altra spinta a curarsi fuori regione. Per questo la politica calabrese deve muoversi tutta, senza bandiere, e chiedere che la delega introduca risorse vincolate per colmare i Lea e regole straordinarie per assumere personale nelle regioni in Piano di rientro. **Altrimenti la riforma produrrà l'effetto opposto a quello promesso: meno cure disponibili sul posto e più calabresi costretti a partire.** (redazione@corrierecal.it)

Il Corriere della Calabria è anche su WhatsApp. Basta [cliccare qui](#) per iscriverti al canale ed essere sempre aggiornato

Argomenti

assistenza territoriale
calabria
commissariamento sanità
divario nord sud
dm 70
governo meloni
infermieri
lea
legge delega
liste d'attesa
medici di famiglia
mezzogiorno
ministero della salute
mobilità sanitaria
ospedali

[parlamento](#)[pediatri](#)[personale sanitario](#)[piano di rientro](#)[primo piano](#)[pronto soccorso](#)[rete ospedaliera](#)[riforma sanità](#)[servizio sanitario nazionale](#)**Categorie collegate**[ultime](#)**CORRIERE
CALABRIA**

Corriere delle Calabria è una testata giornalistica di News&Com S.r.l ©2012--2026. Tutti i diritti riservati.

P.IVA. 03199620794, Via del mare 6/G, S.Eufemia, Lamezia Terme (CZ)

Iscrizione tribunale di Lamezia Terme 5/2011 - Direttore responsabile Paola Militano | [Privacy](#)

Effettua una ricerca sul Corriere delle Calabria

Vuoi fare pubblicità?

News&Com SRL

Telefono: 0968-53665**Email: newsandcom@gmail.com**

Design: cfweb