

Alla sanità calabrese servono domande pubbliche, precise, documentate

Non è una domanda contro il privato accreditato. Sarebbe improprio, oltre che politicamente sterile, trasformare il tema in una contrapposizione ideologica tra pubblico e privato. La questione è diversa e più rilevante: riguarda l'uso di risorse pubbliche, la capacità di programmazione regionale, la trasparenza dei flussi, l'appropriatezza delle prestazioni, il rapporto tra accreditamento, liste d'attesa, mobilità passiva e ritardi storici dell'edilizia ospedaliera. Il punto di partenza è il Registro regionale delle strutture sanitarie e sociosanitarie autorizzate e accreditate. La Regione Calabria lo pubblica in attuazione della normativa regionale e dichiara che i registri sono disponibili ai fini della trasparenza amministrativa e dell'informazione ai cittadini e agli opera-

tori del settore. Nel gennaio 2026 risultano pubblicati sia il Registro delle strutture autorizzate sia quello delle strutture accreditate.

Da una prima elaborazione del Registro delle strutture accreditate, considerando le posizioni censite nei diversi fogli del documento, emergono 543 posizioni accreditate complessive: rete laboratoristica, specialistica ambulatoriale, territoriale e ospedaliera. È bene precisarlo con cura: non si tratta necessariamente di 543 soggetti giuridici autonomi, ma di voci censite nel Registro, articolate per tipologia, sede



Peso:2-77%,3-94%

e attività. La parte più sensibile, dal punto di vista della programmazione sanitaria, è quella ospedaliera: nel foglio dedicato risultano 28 posizioni riferite all'area ospedaliera privata accreditata.

La domanda, allora, non è accusatoria. È amministrativa, politica, democratica: che cosa viene prodotto da queste strutture? Con quali budget? Su quali aree cliniche? Con quali volumi? Con quali esiti? E soprattutto: in quale misura queste prestazioni contribuiscono a ridurre la mobilità passiva dei cittadini calabresi verso altre regioni? Nel 2024, il livello massimo previsto per l'acquisto di prestazioni erogate dalla rete di assistenza ospedaliera privata accreditata con oneri a carico del Servizio sanitario regionale viene indicato in 184.010.396 euro. Lo stesso atto collega questa cornice alla necessità di garantire prestazioni comprese nei LEA e, contestualmente, di mettere in campo misure idonee ad abbattere il volume negativo generato dalla mobilità passiva. Un successivo decreto, nel 2025, precisa ulteriormente il quadro economico: per l'annualità 2024 il budget complessivo per l'acquisto di prestazioni dalla rete di assistenza ospedaliera privata accreditata viene indicato in 184.010.400 euro, quale limite tassativo e inva-

licabile. Lo stesso atto quantifica in 17.490.263,60 euro il fondo ad hoc collegato ai DRG individuati dal precedente decreto.

Sono numeri importanti. Non autorizzano scorciatoie polemiche, ma impongono una maggiore chiarezza amministrativa. Quando risorse pubbliche di tale entità vengono destinate all'acquisto di prestazioni sanitarie, è interesse della collettività sapere in modo chiaro quali prestazioni siano state effettivamente rese, da quali strutture, per quali DRG, con quali volumi, con quali controlli di appropriatezza e con quali effetti misurabili sulla mobilità passiva.

Il tema dei DRG è particolarmente rilevante. Il DCA n. 247/2024 individua prestazioni ospedaliere ad alta complessità e ad alta migrazione. Nella tabella allegata compaiono 75 DRG accreditati, di cui 56 presenti nella mobilità. Si tratta di ambiti che riguardano, tra gli altri, aree chirurgiche, ortopediche, respiratorie, cardiovascolari, riabilitative e altre prestazioni di significativo

ANGELO PALMIERI

impatto sanitario ed economico. Qui il linguaggio tecnico diventa questione pubblica. Un DRG non è soltanto



una sigla amministrativa. È un sistema di classificazione delle prestazioni, una tariffa, una scelta programmatoria, una traccia di spesa, ma anche un percorso di cura. Dietro ogni codice c'è un paziente, una famiglia, un bisogno sanitario che può trovare risposta in Calabria oppure essere cercato altrove.

La Calabria, intanto, continua a pagare un prezzo molto alto alla mobilità sanitaria passiva. Secondo il Report **GIMBE** ripreso da ANSA, nel 2023 la Regione ha registrato un saldo negativo di 326,9 milioni di euro, in aumento rispetto all'anno precedente. Questo dato non può essere letto solo come una voce contabile. È il segno di una fragilità strutturale: ogni paziente che parte porta con sé una storia di attesa, timore, sfiducia, difficoltà economica e distanza familiare. Ma porta via anche risorse che avrebbero potuto rafforzare il sistema sanitario regionale.

Ecco perché la domanda sul privato accreditato non può essere liquidata come polemica. Se la Regione utilizza risorse pubbliche per acquistare prestazioni dal privato accreditato, è necessario rendere verificabile, con dati leggibili e aggiornati, che quelle prestazioni rispondano a bisogni reali, rispettino criteri di appropriatezza,

contribuiscano a ridurre le liste d'attesa e incidano concretamente sulla mobilità passiva.

Non basta che i registri e i decreti siano pubblicati. È necessario che siano anche comprensibili. Un cittadino dovrebbe poter consultare un quadro pubblico chiaro: strutture accreditate, soggetti gestori risultanti dagli atti, discipline autorizzate e accreditate, budget assegnati, prestazioni effettivamente prodotte, DRG remunerati, esiti monitorati, eventuali economie, criteri di redistribuzione delle risorse e risultati ottenuti.

Nel frattempo, le opere pubbliche che dovrebbero rafforzare la rete ospedaliera calabrese procedono secondo cronoprogrammi ancora lunghi. I documenti di programmazione richiamati dalla stampa regionale indicano il completamento dell'Ospedale della Sibaritide entro la fine del 2026, la consegna dell'infrastruttura di Vibo Valentia entro la fine del 2027 e il completamento dell'Ospedale di Palmi entro la fine del 2028.



È qui che emerge il nodo politico. Da un lato, la Regione ricorre all'acquisto di prestazioni per rispondere a bisogni sanitari immediati e per provare a contenere la mobilità. Dall'altro, attende il completamento di opere pubbliche che dovrebbero ricostruire capacità produttiva, fiducia e diritto territoriale alla cura. In mezzo ci sono i cittadini: anziani che devono viaggiare, famiglie che anticipano spese, malati che non cercano privilegi, ma la possibilità di curarsi senza dover lasciare la propria regione. Anche l'accordo tra Calabria ed Emilia-Romagna sulla mobilità sanitaria, valido dal 1° novembre 2025 al 31 dicembre 2027, conferma quanto il tema sia ormai centrale. L'accordo riguarda le prestazioni sanitarie rese in mobilità e si inserisce in una cornice di governo dei flussi che coinvolge sia le strutture pubbliche sia quelle private accreditate. È una scelta importante. Ma governare la mobilità non può significare soltanto regolare la fuga quando è già avvenuta. Deve significare costruire le

condizioni perché il cittadino calabrese possa trovare risposte adeguate vicino a casa.

Il punto pubblico, allora, è questo: la Calabria non può più permettersi una sanità nella quale la trasparenza arrivi dopo la spesa, il controllo dopo l'emergenza, la programmazione dopo la fuga dei pazienti, gli ospedali dopo anni di attesa.

Non servono processi sommari. Non servono allusioni. Non servono accuse generiche. Servono domande pubbliche, precise, documentate. Quante posizioni accreditate corrispondono a strutture effettivamente operative nei segmenti di maggiore impatto economico? Quali DRG vengono prodotti? Quali soggetti gestori risultano dagli atti pubblici? Quali volumi vengono remunerati? Quali prestazioni rispondono a criteri di appropriatezza? Quali indicatori di esito vengono utilizzati? Quali budget restano eventualmente inutilizzati? Come vengono redistribute le risorse? Quanto di questa architettura riduce davvero la



mobilità passiva? E quanto, invece, rischia semplicemente di convivere con essa?

La Calabria può avere bisogno del privato accreditato, ma solo dentro una regia pubblica forte, trasparente, verificabile. Il privato può avere una funzione integrativa, sussidiaria, persino strategica, ma non può sostituire la programmazione pubblica

né attenuarne la responsabilità. La sanità regionale deve poter dire con chiarezza cosa acquista, perché lo acquista, da chi lo acquista, con quali risultati e con quale beneficio per i cittadini.

La questione, in fondo, è tutta qui: ogni euro pubblico destinato alla cura deve poter essere seguito, compreso e valutato. Perché dietro ogni

DRG non c'è soltanto una tariffa. C'è un corpo fragile. C'è una famiglia che attende. C'è una comunità che chiede di non essere più costretta a partire per avere ciò che dovrebbe trovare nel proprio territorio: una cura tempestiva, dignitosa, accessibile. ●

[*Courtesy OpenCalabria*]



Peso:2-77%,3-94%



Peso:2-77%,3-94%

Il presente documento non e' riproducibile, e' ad uso esclusivo del committente e non e' divulgabile a terzi.

497-001-001