



L'informazione che fa notizia.

CRONACA

POLITICA

ATTUALITÀ

ECONOMIA E LAVORO

SANITÀ

SPORT

CULTURA

AMBIENTE

METEO

TEMI DEL GIORNO

VIOLENZA A SCUOLA

CARO CARBURANTE

PONTE SULLO STRETTO

POVERTÀ DI SALUTE

Il prezzo di ammalarsi in Calabria: quando il diritto alla salute diventa una prova di resistenza quotidiana



DI ETTORE JORIO

9 ottobre 2026 04:30



La Calabria impone una sofferenza quotidiana ad un popolo al quale la Repubblica riconosce il diritto di curarsi, ma non sempre garantisce i mezzi per esercitarlo.

C'è una povertà che non si misura con il reddito, non compare negli estratti conto e non si lascia fotografare nelle statistiche sull'occupazione. È la **povertà di salute**. Quella che si manifesta quando una persona scopre di essere malata e, insieme alla paura della diagnosi, deve affrontare un'altra angoscia: trovare qualcuno che la curi, un luogo dove farlo e il denaro necessario per arrivarci.

In Calabria questa povertà assume una dimensione particolarmente dolorosa. Non riguarda soltanto gli

ospedali, i posti letto, le liste d'attesa o i bilanci delle aziende sanitarie. Investe l'intera esistenza delle persone. Condiziona le scelte familiari, consuma i risparmi, sottrae giornate di lavoro, trasforma i figli in accompagnatori dei genitori e i genitori in organizzatori di viaggi della speranza per i propri bambini.

Il disagio sanitario più grave non è soltanto quello di non ricevere una cura. È quello di dover **organizzare la propria vita intorno all'incertezza di poterla ricevere.**

Il **9° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale**, presentato il 7 ottobre 2026 alla Camera dei Deputati, offre una base documentale per comprendere quanto sia profonda la distanza tra il diritto costituzionale alla salute e la sua effettiva fruizione.

La Calabria figura ancora tra le **Regioni inadempienti nell'assistenza territoriale**. Ciò significa che proprio il sistema chiamato a intercettare i bisogni di salute vicino alle abitazioni, prima che diventino emergenze ospedaliere, non raggiunge la soglia minima richiesta.

E dietro quella soglia ci sono persone. **Non percentuali.**

LEGGI ANCHE

SANITÀ

Sanità, Calabria ancora in fondo alla classifica: ha il punteggio più basso nell'assistenza territoriale. Ecco il report Gimbe

di Redazione Attualità



La geografia della sofferenza

Il primo disagio è quello della **distanza**. Non soltanto chilometrica, ma assistenziale.

Per chi vive nei piccoli centri dell'entroterra calabrese, la malattia può cominciare con la ricerca di un mezzo di trasporto. Una visita specialistica, un accertamento diagnostico, una seduta terapeutica diventano appuntamenti che coinvolgono intere famiglie. Occorre qualcuno che guidi, qualcuno che accompagni, qualcuno che rinunci al lavoro.

Una prestazione che dovrebbe durare venti minuti può occupare un'intera giornata.

E quando la malattia richiede controlli ripetuti, la distanza diventa una forma **dimpoverimento**. Non soltanto economico: impoverimento del tempo, dell'autonomia personale, della serenità familiare.

Il secondo disagio è l'**attesa**.

Attendere una visita significa spesso attendere di sapere che cosa si ha. Attendere un esame significa convivere con il dubbio. Attendere un intervento può significare sopportare dolore, perdere capacità lavorativa, rinunciare alla normalità.

La lista d'attesa, dunque, non è soltanto un problema di organizzazione sanitaria. È un **sottrazione di tempo alla vita**.

Per chi possiede risorse economiche esiste frequentemente un'alternativa: pagare. Per chi non le possiede, l'attesa può trasformarsi in rinuncia.

È qui che l'**universalismo sanitario** rischia di diventare una promessa differenziata per reddito.

Gli anziani lasciati alla solitudine sanitaria

Ma esiste un disagio ancora più difficile da rappresentare: quello dell'**anziano che non riesce più a uscire di casa**.

È la persona affetta da più patologie croniche, che avrebbe bisogno di controlli regolari, assistenza infermieristica, riabilitazione, sostegno sociale e continuità terapeutica. Non necessariamente di un ospedale.

Eppure, quando la medicina territoriale non funziona, l'ospedale diventa l'unico riferimento riconoscibile, anche per bisogni che dovrebbero trovare risposta altrove.

L'anziano perde così **due volte la propria autonomia**: prima per la malattia, poi per l'insufficienza dell'organizzazione chiamata ad assisterlo.

Il peso si trasferisce sulle famiglie. Soprattutto sulle donne, frequentemente costrette a conciliare lavoro, figli e assistenza ai genitori. Quando la famiglia non riesce a sostenere quel carico, la fragilità sanitaria rischia di trasformarsi in **abbandono sociale**.

La sanità territoriale che manca non produce soltanto prestazioni non erogate. Produce **solitudine**.

I malati che diventano emigranti della salute

C'è poi una forma di **emigrazione calabrese** che raramente entra nei discorsi dedicati allo spopolamento.

È quella dei malati.

Non partono per trovare un lavoro, per studiare o per costruirsi un futuro. Partono per affrontare un intervento chirurgico, ricevere una terapia, ottenere una diagnosi complessa o cercare una risposta specialistica nella quale ripongono maggiore fiducia.

Talvolta la scelta è motivata dalla necessità clinica di rivolgersi a centri altamente specializzati. Altre volte nasce dall'insufficienza dell'offerta locale, dai tempi di attesa o dalla sfiducia.

Non tutte le partenze rappresentano dunque un fallimento della sanità regionale. Ma quando partire diventa la risposta ordinaria a bisogni che potrebbero essere soddisfatti vicino a casa, il problema è strutturale.

Nel **2023 la mobilità sanitaria interregionale italiana ha raggiunto 5,153 miliardi di euro**. La Calabria figura, insieme ad altre cinque Regioni, nel gruppo che concentra **178,2% dei saldi negativi nazionali**.

Dietro questi trasferimenti ci sono costi che la contabilità sanitaria non rappresenta interamente: alberghi, treni, carburante, pasti, accompagnatori, ferie consumate, redditi perduti.

E soprattutto c'è il **costo emotivo** di affrontare una malattia lontano dalla propria casa.

La mobilità sanitaria contabilizza le prestazioni. Non contabilizza integralmente la sofferenza di chi è costretto a partire.

Il malato calabrese può così diventare **emigrante due volte**: la prima per il lavoro, la seconda per la salute. E qualche volta è il figlio già emigrato a dover accogliere il genitore che arriva al Nord per curarsi.

Il disagio più crudele: rinunciare senza fare rumore

Esiste una categoria di malati che non compare nelle liste d'attesa, perché non riesce neppure a entrare nel sistema.

Sono quelli che **rinunciano**.

Non prenotano la visita perché sanno di non poter pagare un'alternativa privata. Non affrontano il viaggio perché non hanno chi li accompagna. Rimandano l'accertamento perché temono di perdere una giornata di lavoro. Smettono di chiedere perché hanno imparato che chiedere non sempre produce una risposta.

È la **domanda sanitaria sommersa**.

Il Rapporto GIMBE documenta che nel 2024, in Italia **oltre 5,8 milioni di persone, pari al 9,9% della popolazione, hanno rinunciato ad almeno una prestazione sanitaria**. Circa 4 milioni indicano le attese e 3,1 milioni le difficoltà economiche, con possibilità di sovrapposizione.

Sono dati nazionali, non specificamente calabresi. Ma assumono un significato particolarmente preoccupante in un territorio nel quale alla fragilità dell'offerta sanitaria si aggiungono difficoltà economiche e territoriali.

Il vero rischio è che la **rinuncia alle cure** venga interpretata come una riduzione della domanda, mentre può rappresentare l'esatto contrario: un bisogno che esiste, ma che il sistema non riesce più a vedere.

I bambini, i disabili e le famiglie senza tregua

La sofferenza sanitaria diventa ancora più intensa quando riguarda **bambini con disabilità**, i minori che necessitano di percorsi riabilitativi continuativi e le persone non autosufficienti.

Per queste famiglie non basta ottenere una prestazione. Occorre garantirne la **regolarità, la continuità e il coordinamento**.

Una seduta riabilitativa interrotta, un'assistenza domiciliare insufficiente, un percorso diagnostico frammentato non sono semplici disfunzioni amministrative. Possono incidere sull'autonomia, sull'apprendimento, sulla qualità della vita e sulle opportunità future.

In queste condizioni i genitori diventano amministratori involontari di un'assistenza che dovrebbe essere pubblicamente organizzata.

Telefonano, prenotano, sollecitano, presentano istanze, percorrono chilometri, anticipano spese.

La disabilità di un figlio rischia così di diventare anche una condizione di **precarietà economica e lavorativa dell'intera famiglia**.

La questione non riguarda soltanto la sanità. Riguarda **integrazione sociosanitaria**, cioè il punto nel quale il diritto alla salute dell'articolo 32 della Costituzione incontra il diritto all'assistenza dell'articolo 38.

Quando questi due diritti procedono separatamente, il cittadino fragile resta nello **spazio vuoto che li divide**.

Il pronto soccorso come ultima spiaggia

Un altro disagio riguarda chi arriva in pronto soccorso non soltanto per un'emergenza, ma perché non ha trovato una risposta tempestiva altrove.

Il pronto soccorso rischia di diventare il luogo nel quale confluiscono anche le **insufficienze della medicina territoriale**, della diagnostica e dell'assistenza alle cronicità.

Qui la sofferenza assume una dimensione collettiva. Il paziente attende, il familiare attende, il personale sanitario lavora sotto pressione. Il tempo trascorso in attesa, specialmente per una persona anziana o fragile, può trasformarsi in un'esperienza di smarrimento e perdita di dignità.

La risposta non può consistere soltanto nell'aumentare gli accessi o moltiplicare le strutture. Occorre ricostruire una **rete assistenziale capace di prevenire gli accessi evitabili** e assicurare una presa in carico dopo la dimissione.

La nuova sanità territoriale: il pericolo degli edifici senza assistenza

Il **PNRR** avrebbe dovuto contribuire a correggere queste disuguaglianze attraverso Case della Comunità, Ospedali di Comunità, assistenza domiciliare e telemedicina.

Ma il Rapporto GIMBE introduce una distinzione decisiva: il raggiungimento degli obiettivi amministrativi e la realizzazione delle infrastrutture non dimostrano, da soli, che i servizi siano realmente operativi, dotati di personale e accessibili ai cittadini.

È un avvertimento che riguarda direttamente la **Calabria**.

Una Casa della Comunità senza professionisti sufficienti non risolve il problema della prossimità. Un Ospedale di Comunità senza una rete assistenziale funzionante non garantisce la continuità delle cure. La telemedicina, senza personale, strumenti e collegamenti adeguati, rischia di diventare un'innovazione disponibile soprattutto a chi possiede già le competenze per utilizzarla.

La sanità non si misura dal numero delle inaugurazioni, ma dalla **quantità e qualità dei bisogni** ai quali riesce a rispondere.

La responsabilità che non può essere dispersa

La condizione calabrese impone infine una riflessione istituzionale.

Non basta attribuire ogni insufficienza alla scarsità delle risorse nazionali. E non basta, all'opposto, ricondurre ogni criticità all'incapacità organizzativa regionale.

Lo Stato determina il finanziamento complessivo, definisce **LEA** e deve garantirne l'uniformità. La Regione programma e organizza il servizio sanitario. Le aziende sanitarie devono tradurre risorse e programmazione in prestazioni effettive.

La **frammentazione delle competenze** non può diventare una frammentazione delle responsabilità.

La mancata piena attuazione del federalismo fiscale, con la determinazione dei fabbisogni standard e l'adeguata perequazione, costituisce un ulteriore nodo strutturale da affrontare. La distribuzione delle risorse dovrebbe

riflettere i bisogni effettivi di salute, le condizioni socioeconomiche, le caratteristiche demografiche e i costi necessari a garantire le prestazioni.

Ma maggiori risorse, senza una riorganizzazione verificabile dei servizi, non garantirebbero automaticamente migliori risultati.

Occorre dunque una **doppia responsabilità: dello Stato e della Regione**, perché assicurino rispettivamente le condizioni finanziarie e istituzionali dell'uguaglianza e la concreta disponibilità delle cure.

La Calabria non chiede il privilegio di guarire. Chiede il diritto di essere curata.

Il problema, alla fine, non è soltanto sanitario.

Una comunità nella quale ammalarsi significa rischiare di **impoverirsi, perdere autonomia, allontanarsi dalla famiglia o rinunciare a una prestazione** è una comunità nella quale la cittadinanza sociale risulta indebolita.

La malattia non dovrebbe trasformarsi in una **prova di resistenza economica, geografica e familiare**.

Per questo la Calabria ha bisogno di una politica della salute che cominci dalle persone, non dagli organigrammi. Che misuri il tempo necessario a ottenere una diagnosi, i chilometri percorsi per una terapia, gli anziani effettivamente assistiti a domicilio, le persone che rinunciano alle cure, i bambini ai quali viene garantita continuità riabilitativa.

Serve una vera **mappa dei rischi sociosanitari**, costruita con i Comuni, le aziende sanitarie e le comunità locali, capace di identificare i bisogni che non emergono dalle sole prestazioni erogate.

E serve un **presidio di prossimità** che colleghi stabilmente assistenza sanitaria e sociale, affinché nessun cittadino fragile debba trasformarsi nel coordinatore solitario delle proprie cure.

La misura di una sanità giusta non è il numero di malati che riesce ad attrarre da altri territori. È, prima di tutto, la **capacità di prendersi cura delle persone** che le sono affidate.

La Calabria non è soltanto una regione dalla quale si parte per lavorare. È anche una terra dalla quale troppe persone avvertono la necessità di **partire per curarsi**.

E mentre la politica discute di strutture, competenze, bilanci e riforme, c'è una domanda che dovrebbe precedere tutte le altre:

Quanto costa, in sofferenza umana, essere malati in Calabria?

È una domanda alla quale nessun bilancio sanitario, da solo, può rispondere.

Eppure è proprio da quella risposta che dovrebbe cominciare **ogni seria politica della salute**.

TAG **GIMBE · SALUTE CALABRIA · SANITÀ CALABRIA**

Tutti gli articoli di **Attualità**



LaC Network
lacplay.it

lacitymag.it