

Sanità, il Nord va meglio e il Sud resta indietro

Il report del ministero sui Lea conferma un Paese a due velocità: Veneto ed Emilia-Romagna in cima, Sicilia e Basilicata in coda

ALEX GIUZIO

Il divario nord-sud nella sanità italiana è sempre più esteso. È quanto emerge dall'ultimo monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza, effettuato ogni anno dal ministero della Salute, che vede le regioni meridionali in fondo alla classifica. I Lea sono le prestazioni che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire ai cittadini per garantire che il diritto di cura sia omogeneo in tutta la penisola. Il monitoraggio assegna un punteggio da 0 a 100 per la prevenzione, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera. Sul podio relativo al 2024 ci sono Veneto, Emilia-Romagna e Toscana, seguite da Piemonte, provincia autonoma di Trento e Lombardia. In fondo Calabria, Molise, Sicilia e Basilicata. Gravi le carenze della prevenzione in Sicilia (49 punti) e dell'assistenza distrettuale in Calabria (52), le uniche voci sotto la sufficienza insieme alla prevenzione nella provincia di Bolzano (59).

NEL MONITORAGGIO dello scorso anno i punteggi erano in generale peggiori, con 12 voci insufficienti, ma le pagelle delle regioni settentrionali sono in media migliorate di più rispetto alle regioni meridionali. D'altronde l'Istat ha certificato che il finanziamento *pro capite* alla sanità pubblica è più alto nelle regioni del nord. Quelle con il sostegno mag-

giore sono l'Emilia-Romagna con 2.298 euro e la Liguria con 2.261 euro, mentre i valori più bassi sono in Campania (1.994 euro) e Sicilia (2.035 euro). Il divario è destinato ad aumentare a causa dei continui tagli, che negli ultimi tre anni secondo Gimbe hanno superato i 13 miliardi in termini reali rispetto al Pil, al contrario di quanto afferma la propaganda del governo Meloni. L'unica spesa sanitaria in aumento è quella per i medici gettonisti, che avrebbero dovuto essere rimossi dagli ospedali italiani e invece restano ancora in oltre la metà delle strutture. Nel biennio 2024/25 sono costati oltre un miliardo secondo l'Autorità nazionale anticorruzione, che a fine giugno ha pubblicato un cor-

poso rapporto. I gettonisti sono liberi professionisti che lavorano a chiamata per colmare la carenza di personale sanitario, percependo un compenso fisso per ogni turno. Entrati negli ospedali durante la pandemia come misura di emergenza, sono ormai diventati una presenza strutturale. Tre anni fa il decreto 34/2023 ne ha disposto il progressivo superamento ma la misura è rimasta inapplicata; anzi nel 2025 la spesa è aumentata del 15% rispetto all'anno precedente (da 496 a 568 milioni) e il numero di procedure del 36% (da 187 a 255).

A DIFFERENZA dei medici dipen-

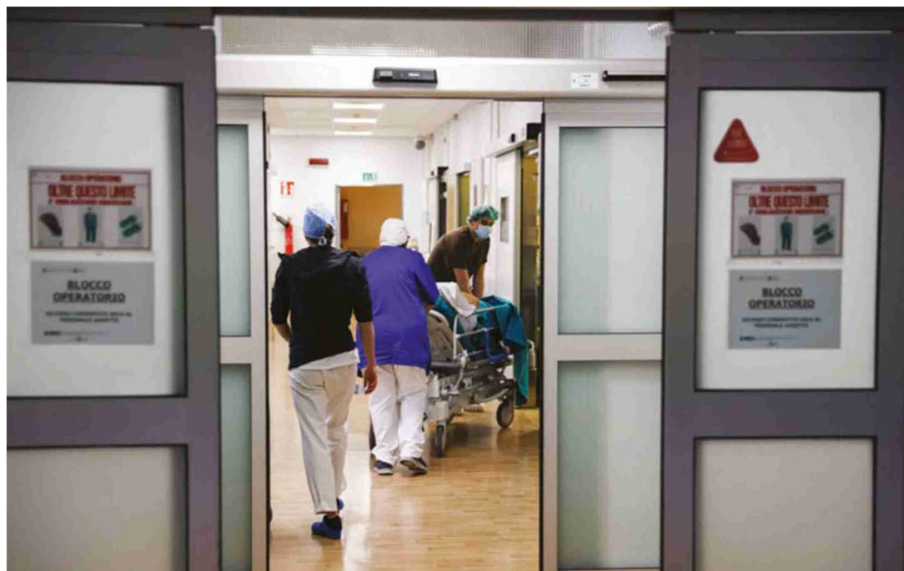
denti, i gettonisti gestiscono i propri orari in autonomia e sono ingaggiati attraverso cooperative. Ciò significa maggiori costi a carico del pubblico: la Corte dei conti ha calcolato che un gettonista può essere remunerato 100 euro l'ora, contro i 40 di un medico dipendente del Servizio sanitario nazionale. Oltre a produrre disparità tra professionisti che svolgono le stesse mansioni nello stesso reparto, la situazione genera quella che la magistratura contabile ha definito «mortificazione del personale di ruolo». La conseguenza è che molti medici hanno lasciato il lavoro dipendente per tornare nello stesso ospedale come gettonisti. Non solo: il rapporto Anac evidenzia che il 70% delle procedure è avvenuto tramite affidamento diretto, penalizzando la concorrenza e il risparmio per il pubblico. Anche sui gettonisti il divario nella penisola è significativo: secondo Anac il fenomeno è concentrato per il 54% al nord, contro il 17% del centro e il 29% di sud e isole. I maggiori livelli di spesa per medici e infermieri esterni in Veneto (21,8 milioni), Lombardia (19,6) e Friuli-Venezia Giulia (17,5). Nonostante il decreto 34/2023 scoraggi l'esternalizzazione, introducendo condizioni e vincoli temporali stringenti, le strutture sanitarie continuano a farvi ricorso per sopperire alla carenza strutturale di organico. Una soluzione molto più

costosa rispetto alle assunzioni, ma perfettamente legale. Lo spiega il segretario di Anao-Assomed Pierino Di Silverio: «Un'azienda sanitaria non può assumere un medico a tempo indeterminato perché esiste un tetto al personale, ma può pagare quella stessa persona attraverso una cooperativa imputando il costo a "beni e servizi"».

I DIVARI in sanità rischiano di aggravarsi se andranno avanti le pre-intese con le quattro regioni del nord sulle materie non Lep: nel paniere ci sono anche gli stipendi dei medici. Se dovesse arrivare il sì, Lombardia, Veneto, Piemonte e Liguria potrebbero decidere quanto pagare i propri medici drenando personale dalle altre regioni. Lo stesso Giorgetti ha precisato: niente voto anticipato ad aprile per le politiche, prima il via libera alle intese.

**L'Istat certifica:
il finanziamento
pro capite è più
alto nelle regioni
settentrionali**

foto di Alessandro Bremec / LaPresse



Peso: 50%