

INTERVISTA AL PRESIDENTE DELLA FONDAZIONE GIMBE

«Che errore disinvestire sul personale»

Cartabellotta: «Senza medici e infermieri rischiamo di inaugurare ospedali nuovi ma vuoti»

VITO SALINARO

«Il nodo è il personale: tagliare il nastro di una nuova struttura è facile; garantire presa in carico, continuità assistenziale e integrazione professionale è tutt'altra cosa». Per Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione Gimbe, l'ingente mole di investimenti sulla sanità, spinta dal Pnrr, rischia di essere monca. Insomma, da anni stiamo perdendo l'occasione di mettere mano all'«investimento prioritario», quello «sul capitale umano».

Presidente, andiamo con ordine. Tra Pnrr e Piano nazionale per gli investimenti complementari (Pnc), l'Italia ha avuto quasi 20 miliardi per rilanciare il Servizio sanitario nazionale. Quanti ne abbiamo spesi? E gli investimenti stanno producendo servizi?

A fine febbraio 2026 - ultimi dati disponibili -, la spesa della Missione Salute del Pnrr ammontava a 8,6 miliardi, pari al 55,2% delle risorse, al netto del Pnc. Ma il punto non è solo quanto si spende: è cosa producono questi investimenti. Il Pnrr finanzia infrastrutture, tecnologie e digitalizzazione, non il personale necessario a farle funzionare. Senza medici, infermieri e altri professionisti, rischiamo di inaugurare Case e Ospedali di comunità nuovi ma vuoti.

A proposito di personale. Perché Gimbe sostiene che negli ultimi 12 anni il personale sia stato la voce più sacrificata della sanità pubblica?

Lo certifica la Ragioneria Generale dello Stato. Tra il 2012 e il 2024, la quota della spesa sanitaria pubblica destinata al personale dipendente e convenzionato, è scesa dal 39,7% al 36,6%. Se la percentuale fosse rimasta invariata, al personale del Ssn sarebbero andati oltre 33 miliardi in più. Un definanziamento progressivo che ha frenato assunzioni, rinnovi contrattuali e valorizzazione professionale, rendendo sempre meno attrattivo il lavoro nella sanità pubblica.

Ma la grande promessa del Pnrr è la riforma dell'assistenza territoriale: Case e Ospedali di comunità, Centrali operative territoriali. Sulla carta una rivoluzione. A che punto siamo? L'unico dato certo riguarda le Centra-

li operative: 625 su 657 sono pienamente funzionanti. Per il resto valgono gli ultimi dati ufficiali: al 31 dicembre 2025 nessuno dei 594 Ospedali di comunità programmati garantiva tutti i servi-

zi previsti dal Decreto ministeriale 77 e solo 66 delle 1.715 Case della comunità erano pienamente operative, con 11 servizi attivi e personale medico e infermieristico. Nei giorni scorsi il ministro Orazio Schillaci ha riferito che le Regioni ne dichiarano operative 1.156. Un balzo sorprendente in sei mesi, che impone di chiarire cosa significhi davvero «operativa».

Il Ssn che, dunque, ha sempre meno professionisti, spesso li perde anche a favore del privato. È una questione di stipendi?

Gli stipendi incidono, ma non spiegano tutto. Pesano carichi di lavoro gravosi, turni massacranti, responsabilità crescenti, aggressioni, burocrazia, scarse prospettive di carriera e difficoltà nel conciliare lavoro e vita privata. Il Ssn deve tornare a essere un luogo in cui i professionisti sanitari devono ambire ad entrare, crescere e restare. Il disegno di legge delega sulle professioni sanitarie contiene principi condivisibili, ma senza investimenti adeguati non arginerà la fuga dal Ssn, né la disaffezione verso molte professioni e specialità mediche. Con un inaccettabile paradosso: il Ssn lascia fuggire i professionisti e poi li riacquista a ore come «gettonisti», pagandoli molto di più. Sa che nel biennio 2024-2025 que-

sta soluzione è costata oltre un miliardo? È il prezzo di anni di errori e strategie miopi sul capitale umano.

L'Italia è al 23° posto su 31 Paesi europei dell'area Ocse per numero di infermieri. Perché i giovani non scelgono più questa professione?

Per la prima volta, nell'anno accade-



Peso: 31%

mico 2025-2026, le domande ai corsi di laurea in Infermieristica sono state inferiori ai posti disponibili. È un segnale d'allarme. La professione è indispen-

sabile, ma i giovani la percepiscono poco valorizzata, con retribuzioni nettamente inferiori alla media europea - nel 2023 quasi 18 mila dollari in meno - e condizioni di lavoro sempre più gravose. Senza un'inversione di rotta salterà il ricambio generazionale. Intanto proviamo a reclutarli dall'India o da altri Paesi.

Anche medici di famiglia e pediatri di libera scelta sono sempre più esigui. Come siamo arrivati a questo punto?

Le cause sono diverse, ma il denominatore comune è una programmazione inadeguata. Al 1° gennaio 2025 mancavano oltre 5.700 medici di medicina generale e i pensionamenti dei prossimi anni aggraveranno il quadro. Per i pediatri di libera scelta la caren-

za stimata è di quasi 500 professionisti, per l'80% in Lombardia, Piemonte e Veneto. Non basta aumentare laureati o borse di studio: bisogna rendere di nuovo attrattive medicina generale e pediatria di famiglia, migliorando condizioni di lavoro, prospettive professionali e modelli organizzativi.

Come si può rendere nuovamente attrattivo il Servizio sanitario nazionale?

Serve una strategia complessiva che rimetta il capitale umano al centro: programmazione dei fabbisogni, assunzioni, contratti competitivi, percorsi di carriera, meno burocrazia, maggiore sicurezza e investimenti nella formazione. Possiamo costruire nuove strutture e acquistare tecnologie avanzate, ma senza professionisti motivati nessuna riforma produrrà risultati. Il futuro della sanità pubblica dipende, prima di tutto, dalle persone che ogni giorno la fanno funzionare.

Le disuguaglianze territoriali restano profonde. Quanto pesa per l'Italia avere 21 sistemi sanitari regionali?

Moltissimo. I divari riguardano tempi di attesa, disponibilità di personale, qualità dei servizi, mobilità sanitaria e rinuncia alle cure. Emblematici i dati sugli screening oncologici: per mammella e cervice uterina l'adesione supera il 61% nelle regioni del Nord, mentre nel Sud si ferma, rispettivamente, al 34% e al 37%. Per il colon-retto si passa dal 46% al Nord al 18% al Sud, con il Centro in posizione intermedia. In questo quadro, l'autonomia differenziata rischia di ampliare i divari. Prima di trasferire nuove competenze alle Regioni, è indispensabile valutarne l'impatto su accesso ed equità e definire e finanziare i Livelli essenziali delle prestazioni (Lep). È una strada obbligata.

«Il Ssn fa fuggire i professionisti e poi li riacquista da gettonisti, pagandoli di più. I 21 sistemi sanitari regionali? Disuguaglianze aumentate»



Nino Cartabellotta, presidente di Gimbe



Peso: 31%