

LE INCOGNITE DEL PNRR

L'INTERVISTA

Nino Cartabellotta

“La sanità pubblica rischia il caos così finiamo nelle mani dei privati”

Il presidente della Fondazione Gimbe: “Vanno cercate le risorse per il personale e trovato un compromesso con i medici di base. Servono nuove regole per le regioni”

FRANCESCO RIGATELLI

«S

enza l'intervento del governo rischiamo di trovarci con gli ospedali rinnovati, ma con il sistema territoriale nel caos e sempre più in mano ai privati». Nino Cartabellotta, medico e presidente della Fondazione Gimbe di Bologna, analizza il ritardo sul Pnrr per la sanità. Che idea si è fatto di questa lentezza?

«Un elemento sottovalutato a cavallo tra i due governi è che il sistema sanitario aveva già delle criticità importanti poi messe a nudo dalla pandemia. La riorganizzazione territoriale, tra gli obiettivi del Pnrr, non può non tenere conto di carenze precedenti, come la quantità di personale e la differenza tra regioni. I primi due anni del Pnrr sono stati responsabilità dello Stato. Ora siamo nella fase di messa a terra dove a seconda delle regioni si verificano dei problemi. Un obiettivo per esempio è la telemedicina per un milione e mezzo di cittadini entro il 2026. Nel 2019 erano 700mila per cui ce la si può fare, ma in Emilia Romagna ne mancano il 17%, in Veneto e Lazio circa il 20%, mentre in Lazio, Calabria e Campania sono molto indietro».

Altre cause del ritardo?

«Sedici regioni si sono affidate a Invitalia per le gare d'appalto, mentre altre vanno per conto loro affrontando delle difficoltà. Poi il governo Meloni ha messo in discussione alcuni punti, come le case di comunità».

Ci sono i soldi per realizzarle, ma non la volontà politica?

«In alcune regioni sono a rischio, in particolare al Sud». Eppure gran parte dei finanziamenti dovrebbe andare lì...

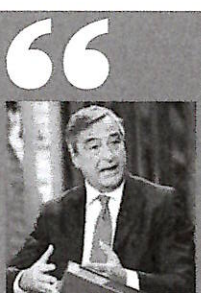
«Il Pnrr sulla Sanità dà 7 miliardi per la riorganizzazione territoriale, tra cui case di comunità, ospedali di comunità, telemedicina e assistenza domiciliare, e 8 miliardi per la tecnologia degli ospedali».

Sulle case di comunità si è registrata anche la resistenza dei medici di base?

«È uno degli scogli. Si era pensato di farli diventare dipendenti del sistema sanitario o di impiegare per la metà del tempo in quelle strutture, ma si sono opposti. Al momento le case di comunità sono presenti in una minoranza della città italiane».

Qual è l'alternativa?

«Sono strutture complicate da realizzare per vari motivi ed è possibile che alla fine si permetta ad ogni regione di fare quel che preferisce. Dove le strutture territoriali funzionano continueranno a operare,



Gli appalti

Sedici regioni si sono affidate a Invitalia, cinque fanno da sole e sono in difficoltà

Gli operatori

Vanno rimotivati perché se restano scoraggiati si danneggia tutto il sistema

Gli obiettivi

Va programmato un aumento della spesa sanitaria di 12 miliardi annui

IL BILANCIO DEI PROGETTI

Confronto tra strutture di prossimità da realizzare e già disponibili

	Numero di Case della comunità Target regionale	Caso della salute attive nel 2020	Differenza
Piemonte	82	71	11
Valle d'Aosta	2	0	2
Lombardia	187	0	187
PA Bolzano	10	0	10
PA Trento	10	0	10
Veneto	91	77	14
Friuli V. G.	23	0	23
Liguria	30	4	26
Emilia-Romagna	84	124	-40
Toscana	70	76	-6
Umbria	17	8	9
Marche	29	21	8
Lazio	107	22	85
Abruzzo	40	n.d.	n.d.
Molise	9	6	3
Campania	169	0	169
Puglia	120	0	120
Basilicata	17	1	16
Calabria	57	13	44
Sicilia	146	55	91
Sardegna	50	15	35
TOTALE	1.350	493	857

Fonte: Decreto del Ministro della Salute del 20 gennaio 2022; Camera dei Deputati, Servizio studi Affari sociali

Withub

mentre altrove no».

Un favore ai privati in tante regioni?

«Certamente ci sono molti interessi in gioco, anche perché l'offerta territoriale è sempre più in mano ai privati».

E i 7 miliardi destinati alle case di comunità che fine faranno?

«L'aumento delle materie prime potrebbe portare a spenderli, anche se non si sa con quali risultati e se ci sarà il personale necessario».

E gli 8 miliardi per la tecnologia degli ospedali?

«È più semplice spenderli perché le strutture ci sono e basta

infilarci dentro i macchinari». Dunque gli ospedali verranno rinnovati mentre il territorio resterà nel caos?

«Sostanzialmente sì, a meno di un intervento del governo». Cosa bisognerebbe fare?

«Investire sul personale territoriale, supportare le regioni in difficoltà, riformare la situazione dei medici di base, altrimenti sarà solo un lifting costoso di un sistema che non si dice di voler privatizzare ma che diventa sempre più privato nei fatti».

Il sistema sanitario pubblico è sempre più costoso e meno

efficiente?

«Purtroppo sì, e la prima ragione è che si è disinvestito sul capitale umano».

Si è disinvestito, ma la spesa aumenta di continuo?

«Giusto che aumenti: in Ue siamo i primi tra i Paesi poveri perché gli altri investono di più». Dovremmo farlo anche noi?

«Certo, almeno 12 miliardi all'anno. Servirebbe un rilancio programmato per arrivarci». Il sistema va reso anche più efficiente?

«Sì, bisogna puntare innanzitutto sul personale da rimotivare, e poi ci sono sprechi, disorganizzazione, esami e farmaci inutili. Eva digitalizzato tutto».

E il privato va regolato?

«Servono nuove regole nazionali, mentre ora ogni regione può mettere il tetto di finanziamento al privato dove vuole. Questo tra l'altro spinge molti medici pagati poco a portarsi i pazienti nel privato».

I medici dovrebbero scegliere se lavorare nel pubblico o nel privato?

«La riforma Bindi lo proponeva, poi non se ne fece nulla. Oggi probabilmente è una divisione superata, ma una regolamentazione di qualche tipo sarebbe utile e dovrebbe passare anche da stipendi adeguati al ruolo professionale».

Fatti cento i problemi della sanità quanto pesa la mancanza di personale?

«Oltre il 50% sia come quantità sia come qualità. Avere professionisti demotivati danneggia tutto il sistema. Molti se ne vanno per i turni esagerati, il calo della sicurezza, la mancanza di tempo per i corsi di aggiornamento e le ferie, la pochezza degli scatti di carriera e le crescenti aggressioni».

Può essere utile un patto Schillaci-Speranza per la Sanità?

«Tutti devono convincersi che il sistema sanitario può essere un fattore di sviluppo: il benessere della popolazione è un investimento e non un costo».

Il governo attuale vanta di aver messo 4 miliardi...

«Se speriamo diventino 8 l'anno prossimo per recuperare. Monti tagliò per risanare la finanza pubblica, Letta, Renzi e Gentiloni pure, Speranza ha investito per la pandemia ma senza rilanciare il sistema».

Cosa consiglia a Schillaci?

«Dedicare risorse per il personale, persistere nell'assistenza territoriale trovando un compromesso con i medici di base, e adoperarsi perché le regioni riducano gli sprechi e vengano monitorate in modo efficiente».



Ora i ministri della Salute e dell'Università, Schillaci e Bernini, si apprestano ad accogliere 3mila aspiranti medici in più nelle Facoltà di medicina. «Ma così passeremo solo da un imbuto formativo o ad uno lavorativo perché con l'aumento delle borse di studio che già c'è stato di medici tra qualche anno ne avremo a sufficienza. Il problema è invece rendere più attrattive quelle specialità mediche oggi snobbate dai giovani», afferma Di Silverio.

Per i medici del pronto soccorso Schillaci qualche soldo in più sotto forma di incentivi economici è riuscito a rastrellarlo. Trovarli anche per gli altri medici in fuga sarà un'impresa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

gico e digitale, ma non per i dottori. È giusto innovare e cambiare le apparecchiature, ma il problema vero è la carenza dei professionisti e questo è dovuto a una serie di errori clamorosi fatti in passato. Noi avevamo lanciato l'allarme sulla "gobba pensionistica" tra il 2021 e il 2027, quando andrà in pensione il 40% in più dei medici che normalmente escono dal mondo del lavoro. Ma non si è cambiato nulla. Oggi, per correre ai ripari si devono aumentare le borse di specializzazione come ha fatto l'ex ministro Roberto Speranza e incrementare gli accessi a medicina come ha fatto questo governo. Gli effetti però si avranno tra i 5 e gli 11 anni».

E allora che fare?

«Lo ribadisco: rendere attrattivo il sistema, avere il coraggio di investire. Il ministro della Salute Orazio Schillaci l'ha detto, bisogna ascoltarlo».

Il Pnrr punta sulle case di comunità, maxi ambulatori dove i cittadini possono trovare i servizi di primo livello, cosa ne pensa?

«Il finanziamento è stato di un miliardo e duecento milioni, con questi soldi non si fa nemmeno mezzo rinnovo contrattuale».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SI PARLERÀ DEL FONDO NAZIONALE

Domani l'incontro sindacati-Schillaci e la Cgil sabato si prepara alla piazza

Riparte il confronto tra governo e sindacati dopo l'incontro di fine maggio a Palazzo Chigi: quattro i tavoli specifici, dall'industria alla sanità, dalla sicurezza sul lavoro alle pensioni, con l'obiettivo, per i sindacati, di entrare nel merito e ottenere risposte concrete. In particolare, è in calendario domani l'incontro del ministro della Sanità Orazio Schillaci con Cgil, Cisl, Uil, Ugle e Confal per affrontare il nodo dei



contratti del settore, pubblici e privati, e del Fondo sanitario nazionale. Ma proprio sul tema sanità la Cgil insieme a un'ampia rete di associazioni laiche e cattoliche sarà in piazza sa-

bato prossimo a Roma per chiedere il rilancio del Servizio sanitario nazionale. Oggi invece Cgil, Cisl, Uil, Ugl, Fismice e Usl sono attesi al Mimit per l'incontro con il ministro Adolfo Urso sui dossier industriali, tre i temi nello specifico: automotive, elettrodomestico, siderurgia e in particolare l'ex Ilva. A seguire nell'agenda degli appuntamenti, gli incontri con la ministra del Lavoro e delle Politiche sociali, Marina Calderone giovedì sulla sicurezza sul lavoro, lunedì 26 sulle pensioni. Un confronto atteso da tempo per definire una riforma che superi la legge Fornero.

© RIPRODUZIONE RISERVATA