

«Sanità, il Veneto deve cambiare»

Forum in redazione con l'assessore Gerosa e il dg Ruscitti: «Meno risorse trasferite dallo Stato, siamo costretti a fare da soli. Servono altri modelli, dobbiamo immaginare nuovi percorsi di cura»

«Le risorse non bastano, dobbiamo ristrutturare». L'assessore regionale Gino Gerosa e il dg Giancarlo Ruscitti tracciano la nuova rotta della sanità veneta. «Tutte le Regioni stanno chiedendo un incremento del Fondo sanitario nazionale» è emerso nel forum in redazione organizzato da questo giorno-

le. «Se questo non accadrà, dovremmo ristrutturare. In ogni caso sarà necessario ristrutturare alla luce del decreto ministeriale 77, che prevede la creazione delle Case di comunità, degli ospedali di comunità e degli ospedali per acuti».

Berlinghieri, Pucci e Tomè alle pagine 2 e 3

Sanità, punto di svolta «Le risorse non bastano, dobbiamo ristrutturare»

Gerosa: «Servono altri modelli, nuovi percorsi di cura anche usando fantasia»

Case di comunità, ospedali di continuità: da qui passa il futuro dell'assistenza

Ruscitti: «Il Paese è cambiato: strutture adeguate alle complessità di oggi»

INFERMIERI

«Vogliamo riqualificarli: avviati i corsi per prepararli a fare alcune prescrizioni. E li cercheremo anche all'estero»

LISTE D'ATTESA

«Importante ci sia appropriatezza prescrittiva, ma anche richiestiva da parte dei pazienti che si rivolgono al loro medico»

MEDICI

«Al via la contrattazione. Riforma Schillaci: previsto il doppio binario, non tutti saranno dipendenti pubblici»

OSPEDALI

«Forniamo cura, non prestazioni. L'obiettivo è garantire la migliore sanità possibile indipendentemente dal luogo»

Il forum

SABRINA TOMÈ, ENRICO PUCCI
LAURA BERLINGHIERI

Assessore Gino Gerosa, direttore Giancarlo Ruscitti, si è aperta una nuova stagione per la sanità veneta. I numeri sono essenziali per definire navigazione e rotta. Iniziamo da quelli sulla disponibilità di spesa in regione: qual era cinque anni fa, qual è oggi e quale sarà in prospettiva? Altro dato è quello del personale sanitario: quanti erano i me-

dici cinque anni fa e quanti oggi? E dunque, in base a questi numeri, c'è un tema di riforma o di manutenzione?

Gerosa: «Nel 2024 il bilancio della Sanità era di 12,4 miliardi di euro con 2,2 destinati al personale, 4,2 ai servizi e 3,4 alla manutenzione. Quest'anno il riparto del Fondo sanitario nazionale è aumentato dell'1,8%, arrivando a 14 miliardi, mentre le spese delle Regioni sono cresciute del 13,4%. C'è quindi uno scollamento tra le risorse assegnate e le esigenze del sistema sanitario regionale. Ma non è un proble-

ma solo del Veneto: tutte le Regioni stanno chiedendo con forza al governo un incremento del Fondo. Per quanto riguarda il personale, nel 2024 i dipendenti del sistema sanitario regionale erano circa 60 mila. In realtà



non esiste una vera carenza di medici perché stiamo attraversando una "gobba pensionistica". Nel 2025 abbiamo registrato quasi 4 mila medici in uscita in più rispetto agli ingressi. Nel 2026, però, ci sarà un'inversione di tendenza con un saldo positivo di 933; nel 2027 supereremo le 3 mila unità e nel 2030 avremo un surplus di circa 12 mila. La vera preoccupazione riguarda gli infermieri: nel 2029 potrebbero mancare circa 3 mila. Una carenza destinata a durare almeno dieci anni, anche perché la riforma dell'accesso a Medicina ha reso meno attrattive le professioni infermieristiche».

Ruscitti: «È in corso una profonda revisione della figura dell'infermiere. Quest'anno partirà un corso triennale che consentirà agli infermieri di fare prescrizioni, soprattutto nell'ambito della cronicità; con la formazione aggiuntiva e il master successivo potranno operare in autonomia. Questo sarà fondamentale nelle Case di comunità. L'obiettivo è gestire le acuzie nella rete ospedaliera e la cronicità nelle Case di comunità, con un apporto quasi il 40% degli over 65 vive solo e questa solitudine ha un forte impatto sociale. A giugno arriverà il nuovo Fascicolo sanitario elettronico, che integrerà anche le informazioni sociosanitarie e sociali, consultabili non solo dalla Sanità ma anche dagli assistenti sociali. Nelle Case di comunità troveranno spazio nutrizionisti, psicologi, medici di medicina generale e infermieri di comunità. È la vera novità: l'ingresso di figure professionali che finora non lavoravano negli ospedali. Dobbiamo inoltre lavorare nelle scuole per rendere di nuovo attrattive queste professioni per i giovani».

Credete nel piano di reclutamento all'estero? Ed è quantificabile in termini numerici?

Gerosa: «Se medici e infermieri italiani vanno all'estero, non si capisce perché non dovrebbe avvenire il contrario. Il vero tema è quello di rendere attrattivo il Veneto per i professionisti stranieri, puntando sulla retribuzione e sulla qualità della vita».

Ruscitti: «Il nodo principale riguarda il riconoscimento dei titoli di studio. In molti Paesi la formazione sanitaria è diversa da quella europea e spesso ha una durata inferiore. In Veneto, per esempio, ci sono molte don-

ne ucraine che nel loro Paese erano infermiere e che oggi da noi operano in deroga. L'unica esperienza consolidata è quella di Tirana dove esiste un corso di laurea in italiano riconosciuto dal Ministero della Salute: chi si laurea ottiene un doppio titolo, italiano e albanese, valido nell'Unione Europea. Stiamo inoltre discutendo con le comunità venete in America Latina sulla possibilità di attivare corsi in Brasile, Argentina e Uruguay: uno o due anni nei Paesi d'origine e il terzo in Italia. Queste persone verrebbero volentieri, ma hanno bisogno di un alloggio. Occorre quindi sostenerle economicamente. È una spesa che non rientra nel Fondo sanitario nazionale e che dovrebbe essere sostenuta dalla Regione. Nei prossimi cinque anni queste iniziative potrebbero diventare realtà».

Etorniamo alla questione spesa. Sembra improbabile che lo Stato possa disporre di maggiori risorse.

Ruscitti: «Lo Stato ha dato indicazioni all'Aran, l'ente che gestisce la contrattazione dei dipendenti pubblici, di avviare il rinnovo del contratto 2025-2027. Finora abbiamo sempre rincorso i contratti; oggi invece c'è la volontà di programmare. L'incremento previsto è intorno al 6% lordo rispetto all'attuale contratto. È un segnale: si è capito che non si può restare sotto la media degli stipendi europei. È evidente che il contesto internazionale non aiuta, ma la stagione contrattuale è partita con risorse già stanziare. Ora inizierà anche quella della convenzionata».

Immaginate di avere più denaro nei prossimi bilanci o di dover ristrutturare la spesa? Questo al di là della parte stipendiale, considerando per esempio l'impatto delle bollette.

Ruscitti: «Fino al Covid il Fondo sanitario nazionale aveva una certa flessibilità. Oggi questo margine si sta riducendo sempre di più e lo Stato vincola in misura via-via maggiore la destinazione delle risorse. Questo è per noi elemento di difficoltà».

Gerosa: «Tutte le Regioni stanno chiedendo un incremento del Fondo sanitario nazionale. Se questo non accadrà, dovremo ristrutturare. In ogni caso sarà necessario ristrutturare alla luce del decreto ministeriale 77, che prevede la creazione delle

Case di comunità, degli ospedali di comunità e degli ospedali per acuti».

Nel contesto della spesa si inserisce il delicato equilibrio tra sanità pubblica e privata.

Gerosa: «Fatto salvo il principio fondante alla base del nostro sistema sanitario regionale ovvero la realizzazione di una sanità universalistica, pubblica, equa e solidale, non vi è dubbio che anche la sanità privata accreditata e la sanità privata non accreditata possano trovare il loro spazio realizzativo all'interno del nostro perimetro di salute. Questo per ottemperare al principio di sussidiarietà previsto dall'articolo 118 della Costituzione. Nel contempo tenuto conto che l'articolo 32 della Costituzione sancisce che "la salute è diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività" ma sancisce anche che "fornisce cure gratuite agli indigenti" ne deriva che i capienti possono accedere a cure delle quali farsi carico del costo. Un equilibrio corretto tra i diversi attori del sistema sanitario regionale diventa fondamentale per garantire equità ai cittadini e possibilità di espressione alle diverse anime dei fornitori di salute».

Prendiamo una provincia a titolo esemplificativo: nel Vicentino c'erano gli ospedali di Bassano, Thiene, Schio, Marostica, Sandrigo, Valdarno, Arzignano, Montebelluna, Lione, Noventa, Asiago, Mezzaselva. La giunta Galan ridisegnò la rete ospedaliera riducendola in modo importante. Per come vi immaginate l'andamento della spesa futura e per come avete in mente il perseguimento della qualità, ritenete un abominio l'ipotesi di alcuni ospedali, mettiamo Valdarno o Piove di Sacco, con funzioni diverse da quelle prettamente ospedaliere?

Gerosa: «Dobbiamo garantire salute, non prestazioni. Serve una presa in carico completa del paziente, dalla diagnosi alla terapia fino al supporto psicologico. Se ci concentriamo solo su cosa debba fare l'ospedale come struttura fisica, perdiamo di vista il percorso di cura. A me interessa costruire percorsi capaci di garantire i migliori risultati in termini di esiti ed esperienza del paziente. Serve creatività nell'organizzazione, fantasia al potere per nuovi percorsi di cu-

ra».

Ruscitti: «La rete ospedaliera italiana, fino agli anni Settanta, era figlia dell'Unità d'Italia e del fascismo con il medico condotto e la mutua. Poi è nato il Servizio sanitario nazionale, pensato per un Paese più giovane e con un Pil più elevato rispetto a quello di oggi. Ora servono luoghi di cura adeguati a nuove complessità. Il governo sta lavorando a un disegno di legge sugli ospedali di terzo livello, dove concentrare le alte specialità. Anche gli Irccs sono stati riordinati proprio per riunire competenze iperspecialistiche e ricerca scientifica. Occorre concentrare le attività tenendo conto della capacità gestionale e dell'attrattiva per il personale. Uno dei mandati ricevuti dal presidente della Regione è quello di ridefinire le schede ospedaliere. Le équipe devono essere calibrate sul bacino d'utenza e sulla capacità di risposta. La domanda sanitaria è profondamente cambiata: servono équipe capaci di affrontare pazienti complessi e multipatologici. Per cui il nostro compito è quello di preservare le mura o di garantire la migliore sanità possibile? Anche grandi ospedali storici come l'Umberto I di Roma, le Molinette, il Careggi andrebbero rasi al suolo perché non sono più adatti alla medicina moderna. L'obiettivo è garantire la migliore sanità possibile, indipendentemente dal luogo. Se ho un problema al pancreas vado a Padova dal professor Cillo, anche se vivo a Belluno o Verona; se ho un problema alla prostata vado a Verona. Insomma mi sposto dove c'è la migliore competenza».

Gerosa: «Come sistema sanitario dobbiamo ridurre la distanza tra aspettativa di vita e anni vissuti in buona salute. Oggi l'aspettativa di vita è di 83 anni, ma quella in buona salute si ferma a 58. Non vogliamo aggiungere anni alla vita, ma qualità agli anni di vita».

Ma allora come si spiega il calo di produttività di due eccellenze della sanità veneta quali l'Azienda ospedaliera di Padova e quella di Verona?

Gerosa: «Abbiamo appena concluso un'analisi sulla produttività di alcune specialistiche e sono emersi dati dissonanti. I direttori generali e la direzione regionale affronteranno le mano-

vre necessarie per recuperare efficienza».

Ruscitti: «Verona è tra le prime dieci aziende italiane e Padova tra le prime venti. Ma non guardiamo soltanto alle classifiche. Negli ultimi anni abbiamo creato nuove scuole di Medicina e molti professionisti oggi lavorano a Treviso, Venezia o Vicenza. La concentrazione che un tempo era solo a Padova e a Verona è diventata disseminazione e questa è una nota positiva perché ha aumentato la produttività nel territorio. Prima c'era un monolite, Padova. Poi Verona, ora siamo intervenuti anche dal punto di vista strutturale: pensiamo all'Ospedale del Bambino che sta per sorgere a Padova e che diventerà luogo di aggregazione per le patologie pediatriche. Poi c'è l'aspetto del cambio generazionale che richiede anche un periodo di rodaggio e che sarà compensato nel tempo. Il fatto che il Veneto continui ad attrarre pazienti dimostra il valore dei nostri professionisti».

Esiste anche una diversa cultura del lavoro nelle nuove generazioni?

Ruscitti: «È un fenomeno nazionale ed europeo. Ma non solo. Dall'anno scorso le donne che lavorano in Regione sono più degli uomini, ma continuiamo ad avere un'organizzazione del lavoro costruita su un modello maschile. Dobbiamo affrontare una rivoluzione organizzativa su base femminile. Un altro punto è che le nuove generazioni hanno un approccio molto diverso rispetto al passato: non inseguono più il posto fisso a ogni costo e mettono la qualità della vita prima del lavoro».

Una delle criticità nella sanità è la difficoltà di reperire personale nella Medicina d'urgenza e Anestesia. Vedete segnali di inversione di tendenza anche con riferimento ai concorsi banditi?

Ruscitti: «Sugli anestesisti stiamo recuperando: la carenza degli anni scorsi si sta riducendo sensibilmente. Nella medicina d'urgenza il recupero è invece più lento».

E i gettonisti? Il 31 luglio del 2025 doveva segnare la fine al loro impiego.

Gerosa: «Non possiamo interrompere un servizio. Continuiamo quindi a utilizzare quelli che definiamo "appalti genuini". Vorrei però sfatare un luogo co-

mune: un medico non specialista in Emergenza-Urgenza resta comunque un medico qualificato. Ci prenderemo la responsabilità di fare più informazione. Ho immaginato anche una "stanza del cittadino consapevole" nelle Case di comunità, utilizzando le nuove tecnologie».

Ruscitti: «Le aziende sanitarie non sono autonome nel prorogare i contratti. Presentano proposte che noi valutiamo e, se il servizio è strategico, possiamo autorizzare proroghe semestrali. Certo, l'obiettivo resta quello di assumere attraverso concorsi. In Veneto il numero di appalti è comunque in diminuzione perché le aziende stanno tornando a trovare personale. In alcune realtà, soprattutto per i codici bianchi, il personale dipendente segue i casi più gravi mentre i gettonisti si occupano delle situazioni meno complesse».

La riforma della sanità del ministro Schillaci prevede, su base volontaria e nelle Case di comunità, medici di base dipendenti. Il sindacato Fimmg su questo però ha aperto lo stato di agitazione e il presidente veneto Peterle ha chiesto all'assessore Gerosa di prendere le distanze.

Gerosa: «La riforma Schillaci introduce un doppio binario tra convenzione e dipendenza: il medico potrà scegliere. La dipendenza può essere una risorsa per garantire il personale alle Case di comunità».

Ruscitti: «Trovo in realtà nel segretario veneto della Fimmg una grande apertura e credo che riusciremo a fare cose importanti. A me interessa fornire salute ed essere credibili nei confronti dei cittadini. La credibilità passa tanto per i medici quanto per i decisori politici e tecnici all'interno del sistema sanitario regionale. E se vogliamo essere credibili dobbiamo riempire di contenuti le Case di comunità. L'hardware sono i muri; il software è rappresentato da tutte quelle figure professionali, medici e infermieri di famiglia e di comunità».

Liste d'attesa: il Veneto è tra le regioni meglio posizionate nelle classifiche, ma la percezione dei cittadini è diversa e molti segnalano tempi lunghi per un esame o di una visita.

Gerosa: «Il Veneto è una delle Regioni meglio classificate a livello nazionale ed è in costante

miglioramento. C'è il tema dell'appropriatezza delle prescrizioni da parte dei medici. Va detto che il Veneto è tra le Regioni che prescrive meno in Italia. Comunque, secondo la legge di Roemer, quella della domanda indotta, per ogni posto letto disponibile in ospedale c'è un posto letto occupato. Ecco, noi dobbiamo fornire salute, non prestazioni, ed è qui che emerge il problema dell'appropriatezza: sia quella prescrittiva, in capo al medico, sia quella richiestiva, da parte del cittadino. Faccio un

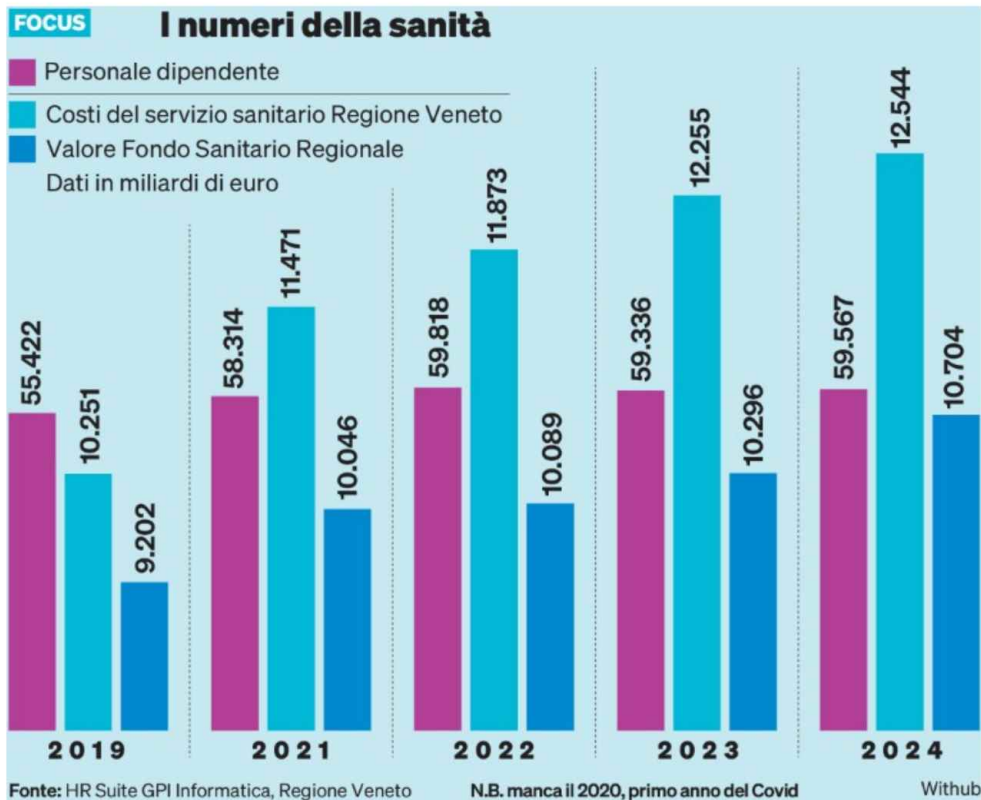
esempio: per le visite cardiologiche l'appropriatezza è intorno al 55%: significa che il 45% delle prescrizioni non è appropriata. Poi c'è la componente richiestiva del paziente, che consulta il dottor Google; serve creare un paziente consapevole attraverso informazione ed educazione. Dobbiamo bilanciare appropriatezza prescrittiva e richiestiva usando anche l'intelligenza artificiale. E le Case di comunità, sono un'opportunità per ridurre gli accessi al Pronto soccorso: il 40% di essi riguarda codici bian-

chi, pazienti che non avrebbero dovuto arrivare lì».

A proposito di riduzione dei tempi per i pazienti, l'assessore Gerosa ha annunciato l'intenzione di far prenotare gli specialisti per il paziente direttamente al medico di medicina generale da luglio.

Ruscitti: «Vale per le prestazioni più semplici legate alla cronicità e non riguarda le visite urgenti né quelle da effettuare entro dieci giorni».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



CHI SONO

Il cardiocirurgo e il manager per la gestione sociosanitaria



Gino Gerosa



Giancarlo Ruscitti

Il professore e assessore veneto alla Sanità Gino Gerosa è uno dei più noti cardiocirurghi italiani. È stato professore ordinario di Chirurgia Cardiaca all'Università di Padova e direttore della Cardiocirurgia e del Programma Trapianti di Cuore dell'Azienda Ospedale-Università di Padova. Il direttore della sanità veneta Giancarlo Ruscitti è stato segretario regionale alla Sanità del Veneto tra il 2006 e il 2010. Ha guidato processi di risanamento economico di diversi sistemi sanitari regionali.

LA RETE OSPEDALIERA

FOCUS

I principali ospedali veneti nei capoluoghi e nel territorio



Belluno

ULSS 1 Dolomiti

Ospedale di Feltre
 Ospedale di Agordo
 Ospedale di Pieve di Cadore
 Ospedale di Lamon

Treviso

ULSS 2 Marca Trevigiana

Ospedale di Castelfranco Veneto
 Ospedale di Conegliano
 Ospedale di Montebelluna
 Ospedale di Oderzo
 Ospedale di Vittorio Veneto
 Ospedale di Motta
 Ospedale San Camillo

Venezia

ULSS 3 Serenissima

Ospedale di Dolo
 Ospedale di Mirano
 Ospedale di Chioggia
 Villa Salus

Venezia orientale

ULSS 4

Ospedale di San Donà di Piave
 Ospedale di Portogruaro
 Ospedale di Jesolo

Rovigo

ULSS 5 Polesana

Ospedale di Adria
 Ospedale di Trecenta

Padova

ULSS 6 Euganea

Ospedale Camposampiero
 Ospedale di Cittadella
 Ospedale di Piove di Sacco
 Ospedale di Schiavonia
 Ospedale di Conselve
 Ospedale di Montagnana
 Villa Maria
 Casa di cura Abano Terme

Vicenza

ULSS 7 Pedemontana

Ospedale di Santorso
 Ospedale di Asiago

Vicenza

ULSS 8 Berica

Ospedale di Valdagno
 Ospedale di Arzignano
 Ospedale di Lonigo
 Ospedale di Montebelluna Maggiore
 Ospedale di Noventa Vicentina
 Casa di cura Eretenia

Verona

ULSS 9 Scaligera

Ospedale di Legnago
 Ospedale di San Bonifacio
 Ospedale "Magalini" Villafranca
 Ospedale Orlandi di Bussolengo
 Ospedale di Malcesine
 Ospedale di Marzana Withub



Il forum in redazione sulla Sanità, con l'assessore Gino Gerosa e il direttore generale Giancarlo Ruscitti, è stato condotto dal direttore responsabile dei quotidiani Nem Paolo Possamai. Hanno partecipato Enrico Pucci, Laura Berlinghieri e Sabrina Tomè. Seguiranno altre due puntate dedicate al tema delle Case di comunità e della rete ospedaliera regionale.