

REGIONE DEL VENETO



ULSS 1
DOLOMITI

MOTORE
SANITÀ
Cure the Future

SALUTE OLTRE LA CITTÀ

SOLUZIONI INNOVATIVE PER LA SANITÀ DI MONTAGNA

Atti del convegno

Risonanze autentiche: lo spazio della Comunità

8 novembre 2024

Agordo, Palaluxottica



I saluti delle Autorità

Sandro Cinquetti – Direttore Dipartimento Prevenzione ULSS 1 Dolomiti

Trovare, insieme alla comunità e tra noi professionisti, soluzioni innovative per la sanità di montagna costituisce un tema di rilevanza non solo nazionale, ma mondiale. Tuttavia, noi intendiamo affrontarlo qui, nella nostra regione. Al mio amico, quasi fratello, Manuel Zorzi, direttore del servizio epidemiologico regionale, e al professor Baldo dell'Università, dico sempre che il profondo Nord-Est, in particolare Belluno – che rappresenta un quinto della popolazione e della superficie del Veneto – e le aree più remote, costituiscono una parte integrante della regione. Così come si presta grande attenzione alla cura dei bambini più piccoli, allo stesso modo occorre prendersi cura di queste aree, con la medesima dedizione riservata alle grandi città che animano la nostra regione.

Il primo appuntamento si è tenuto il 19 gennaio scorso a Feltre. Ieri, con il direttore, si commentava come l'organizzazione di tre eventi di questa portata sia impegnativa; tuttavia, oggi possiamo godere di questa proficua giornata di lavoro comune.

A Feltre, l'incontro è stato dedicato all'elaborazione di un nuovo approccio e al confronto con altre realtà che affrontano problematiche analoghe, quali la Valle d'Aosta, la Lombardia e il Trentino. Anche oggi saranno effettuati confronti specifici su tali tematiche. Successivamente, il 10 maggio, ci siamo confrontati direttamente con il problema, affrontando la questione delle reti cliniche e delle patologie tempodipendenti, particolarmente sentita in questi territori. Sono stati presentati anche gli ultimi dati di Agenas, che, pur evidenziando la necessità di ulteriori miglioramenti, attestano risultati soddisfacenti; i numeri, talvolta, aiutano a collocarsi in contesti complessi.

L'incontro odierno rappresenta il terzo appuntamento, dedicato, a mio avviso, al principale tema di sviluppo del momento. Dopo la pandemia da Covid-19, è diventato evidente a tutti che la sopravvivenza del servizio sanitario dipende dall'efficienza dell'offerta territoriale. A ciò aggiungo l'importanza della promozione della salute: mantenere in buona salute i cittadini sani è oggi fondamentale, se non si vuole essere travolti dall'inevitabile questione demografica, che risulta quasi incontrollabile.

Il quarto appuntamento si terrà a Belluno; la data sarà definita con precisione. Il Sindaco, con cui ho recentemente discusso, ha già manifestato la disponibilità a trovare una soluzione organizzativa adeguata, probabilmente presso il Teatro Comunale, così da garantire il massimo livello per iniziare a guardare all'appuntamento olimpico del 2026. Rivolgo ora la parola per i saluti di benvenuto al Sindaco di Agordo, che è qui presente e al quale porgo il più cordiale benvenuto.

Nell'attesa che raggiunga il palco, desidero ringraziare i miei collaboratori, la mia squadra – composta in gran parte da giovani – che hanno reso possibile quanto vedete dal punto di vista organizzativo. Un ringraziamento va anche a Luxottica, che ci ospita in uno degli ambienti più straordinari del nostro Paese; questa grande azienda è riuscita a realizzare un'impresa eccezionale ad Agordo, dimostrando che è possibile eccellere anche in contesti apparentemente svantaggiati. Allo stesso modo, anche noi possiamo aspirare a diventare la migliore azienda sanitaria del mondo, così come questa realtà è divenuta leader mondiale nel settore dell'occhialeria. Un ringraziamento particolare va alla Municipalità, che ci ha seguito con attenzione. Non citerò i nomi dei collaboratori per non rischiare di dimenticare qualcuno, ma tutti hanno svolto un lavoro encomiabile; sono qui, vi hanno accolto e il risultato è evidente. Un ringraziamento va anche a Motore Sanità, che ci ha assistito nella parte organizzativa, e a chi ci ha supportato dal punto di vista economico.

Roberto Chissalè – Sindaco di Agordo

Ringrazio il dottor Cinquetti e porgo un caloroso saluto a tutti i presenti, a nome mio, dell'amministrazione comunale e della città di Agordo. È un momento di grande rilevanza, poiché i miei collaboratori hanno voluto portare ad Agordo un evento di tale importanza, formativo e, mi auguro, realmente innovativo. Confido che, attraverso gli interventi e le relazioni che si susseguiranno, possano essere individuate nuove modalità di gestione della sanità di montagna.

Questo è anche un momento particolare, poiché essere ospitati all'interno del PalaLuxottica offre l'occasione di ricordare una grande personalità quale il Cavaliere Leonardo Del Vecchio, fondatore di Luxottica, che ha

fortemente voluto questa splendida struttura. È doveroso associare alla figura del compianto Cavaliere Del Vecchio anche il ruolo che egli ricoprì durante la sua prima permanenza ad Agordo: fu infatti Presidente dell'Ospedale Civile di Agordo nel 1975, oltre ad aver rivestito la carica di Consigliere Comunale e ad aver avuto un ruolo determinante nella nascita dei poli funzionali 1 e 2 e, più recentemente, nell'ammodernamento e nell'ampliamento della casa di riposo di Taibon. Una figura così illuminata ha dedicato parte del proprio tempo alla comunità che lo accolse oltre sessant'anni fa; credo, pertanto, che la giornata odierna si arricchisca di ulteriore significato anche alla luce del suo operato.

Ho letto con piacere e condivido le parole introduttive dell'invito che mi è stato rivolto. Quando si parla, come ha già ricordato il dottor Cinquetti, dell'ampio territorio da gestire – il 20% del territorio veneto con una popolazione che ormai rappresenta meno del 5% – è necessario considerare attentamente tali elementi. Se si vuole evitare lo spopolamento della montagna e garantire servizi adeguati, è indispensabile affrontare con determinazione i temi della sanità, della scuola e del lavoro, affinché la popolazione possa continuare a risiedere in questi territori.

Auspico, dunque, che questo convegno, ospitato nella casa del Cavaliere Del Vecchio, possa generare idee illuminanti e spunti di riflessione su cui lavorare, affinché vivere in montagna significhi anche poter contare su un servizio sanitario e sociale di qualità. È fondamentale mantenere il presidio e i servizi erogati presso l'ospedale di Agordo. Non mi dilungo oltre, poiché seguiranno numerosi interventi qualificati; auguro a tutti una proficua giornata di lavoro.

Daniilo De Toni - rappresentante della comunità montana

Buongiorno a tutti. Porto il saluto del Presidente Frena, che ci raggiungerà nel pomeriggio, essendo anch'egli relatore. Un saluto, dunque, alle autorità presenti: il dottor Dal Ben, il signor Prefetto, il signor Vescovo e tutti gli altri intervenuti.

Sono particolarmente lieto di questo progetto, avviato a Feltre, al quale ho partecipato. Abbiamo bisogno di occasioni di confronto, come già sottolineato dal Sindaco di Agordo. Una sanità efficiente rende la montagna attrattiva non solo per i turisti, ma soprattutto per i residenti, poiché la popolazione può stabilirsi solo se sono garantiti i servizi essenziali, quali scuola e sanità.

Per crescere, tuttavia, è necessario il confronto, anche con altre realtà territoriali, come è avvenuto nell'evento di Feltre, dove si sono tenuti scambi con Piemonte, Lombardia e Trentino-Alto Adige. Da quanto ho potuto constatare, in alcuni ambiti siamo all'avanguardia e, forse, abbiamo qualcosa da insegnare agli altri; nondimeno, possiamo acquisire ulteriori conoscenze e informazioni. Questi confronti tecnici saranno certamente occasione di crescita e, per questo, desidero ringraziare l'ULSS per il lavoro svolto. Il dottor Dal Ben e tutto il suo staff hanno compiuto un'opera davvero significativa e li ringrazio sentitamente.

Consentitemi ora una breve digressione. Oggi, insieme a noi, avrebbe dovuto essere presente una persona che ha profondamente amato il proprio territorio: il Sindaco di Sospirolo, Mario De Bon, purtroppo scomparso questa settimana. Chiedo un applauso in sua memoria.

Auguro a tutti buon lavoro e arrivederci a presto.

Oscar De Pellegrin, Presidente Conferenza dei Sindaci

Signore e Signori, buongiorno a tutti. È per me un piacere ritrovarmi in questa sede per la terza volta in occasione di questi importanti appuntamenti. Desidero ringraziare, come già fatto in precedenza, il dottor Dal Ben per aver ideato e promosso questi momenti di confronto sul territorio. Un ringraziamento particolare va anche a tutta la squadra organizzativa, poiché la realizzazione di tali eventi, soprattutto in una frequenza di quattro incontri annuali, non è certamente un compito agevole.

Tale impegno rappresenta una chiara dimostrazione della capacità dell'azienda di centrare gli obiettivi prefissati, aspetto di fondamentale importanza. In qualità di Presidente della Conferenza dei Sindaci, desidero offrire alcune riflessioni e suggerire spunti di lavoro su questi incontri di rilevanza primaria. Non dobbiamo mai perdere di vista l'obiettivo che ci accomuna: garantire a ciascun cittadino la possibilità di

accedere ai servizi sanitari, indipendentemente dal fatto che risieda in una grande città o in una zona montana, poiché il diritto alla salute è universale e imprescindibile.

È evidente che le situazioni territoriali presentano notevoli differenze. Nelle grandi città, le strutture sanitarie sono organizzate in modo da rispondere efficacemente alle esigenze di una popolazione numerosa e concentrata. In montagna, invece, ci si confronta con difficoltà maggiori: territori vasti, fenomeni di spopolamento, bassa densità abitativa. In tali contesti, il modello urbano non risulta applicabile e, pertanto, ritengo – anche a nome della Conferenza dei Sindaci – che questi incontri debbano servire a individuare modalità innovative per adattare l'offerta sanitaria, garantendo così a tutti la fruizione dei servizi essenziali.

La sanità, insieme alla scuola e al settore sociale, costituisce uno dei pilastri fondamentali dei servizi da assicurare al cittadino. Come affrontare, tuttavia, le criticità e fornire risposte adeguate? Le possibilità sono molteplici, ma credo che oggi potremmo soffermarci su due direttrici principali.

La prima riguarda l'innovazione, già emersa nei precedenti incontri di Pieve e Feltre: sperimentare nuove modalità per consentire l'accesso ai servizi sanitari nelle zone montane, assicurando al contempo una copertura efficace. Da questi confronti dovremmo trarre conclusioni e indicazioni operative, specialmente nell'ultimo appuntamento a Belluno, affinché tali incontri non risultino fini a sé stessi ma producano effettivi miglioramenti.

La seconda direttrice concerne il personale sanitario, elemento imprescindibile per la realizzazione di qualsiasi strategia. Siamo consapevoli delle difficoltà che le aziende sanitarie, così come le RSA, incontrano nel reperire operatori: medici, infermieri, operatori socio-sanitari e altre figure professionali. È necessario interrogarci sull'attrattività dell'offerta formativa e lavorativa del territorio. Nonostante l'impegno delle conferenze dei sindaci nella promozione di corsi per operatori socio-sanitari, la copertura dei posti disponibili rimane insufficiente. È dunque opportuno riflettere se le criticità risiedano nella struttura dei corsi, nelle aspettative dei giovani o in altri fattori, e individuare soluzioni per rendere tali percorsi più appetibili.

Anche per i corsi infermieristici attivati a Feltre, realtà di eccellenza del nostro territorio che merita di essere sostenuta e potenziata, si riscontra una mancata copertura totale dei posti disponibili. Occorre pertanto definire una linea di indirizzo volta a incrementare l'attrattività di tali percorsi formativi. Non possiamo limitarci a delegare ogni responsabilità all'azienda sanitaria: il raggiungimento di risultati concreti richiede un lavoro di squadra, in cui siano coinvolti cittadini, sindaci, amministratori, la stessa azienda sanitaria, la Regione e, soprattutto, il prezioso tessuto del volontariato locale. Senza il contributo delle associazioni di volontariato, molti dei servizi attualmente erogati non sarebbero possibili. A queste persone va il nostro più sentito ringraziamento.

Anche il singolo cittadino può offrire un contributo prezioso in termini di idee e proposte costruttive. Questi momenti di confronto non sono finalizzati alla raccolta di critiche, bensì all'elaborazione di una visione condivisa e all'individuazione di soluzioni innovative. Solo attraverso il lavoro di squadra sarà possibile garantire servizi essenziali di qualità, adeguati alle esigenze del territorio, e favorire la permanenza della popolazione nelle aree montane.

In conclusione, desidero sottolineare che, nonostante le criticità, il nostro sistema sanitario, per quanto perfettibile, funziona. Ho avuto modo di viaggiare molto e posso affermare che, pur essendo sempre possibile migliorare, il nostro sistema rappresenta un modello funzionante. Il merito va a tutti voi: medici, operatori, infermieri, che quotidianamente vi dedicate con impegno alla nostra comunità.

È fondamentale coltivare un autentico senso di comunità: il futuro si costruisce a partire dal presente, grazie al contributo di tutti e alle nuove idee che emergeranno da questi incontri. Solo così sarà possibile garantire servizi adeguati e favorire la vitalità delle zone montane, evitando un eccessivo spostamento verso le grandi città, che risulterebbe insostenibile.

Rivolgo un sentito ringraziamento all'azienda sanitaria, a tutti i presenti e auspico che, nell'incontro conclusivo di Belluno, si possano trarre indicazioni operative concrete, da perseguire con determinazione e spirito di squadra. Auguro a tutti buon lavoro e un proficuo svolgimento dei lavori congressuali.

Antonello Rocco Bertone - Prefetto di Belluno

Grazie, buongiorno a tutti. Un sentito ringraziamento al dottor Dal Ben, a tutte le autorità presenti, al Sindaco di Agordo, a Sua Eccellenza il Vescovo, e al dottor Cinquetti per l'organizzazione di questo importante convegno. Oggi si discute del diritto alla salute, un diritto costituzionalmente garantito, insieme ad altri diritti inviolabili quali il diritto al lavoro. Tali diritti devono essere preservati, mantenuti e garantiti universalmente.

Garantire l'assistenza sanitaria in un contesto complesso come quello montano assume un significato particolare, in quanto presenta oggettive criticità: l'isolamento di alcune valli, il progressivo spopolamento delle aree montane, le emergenze di protezione civile, le condizioni meteorologiche avverse, sono tutti fattori che rendono difficile assicurare un servizio sanitario efficace. Inoltre, il fenomeno dell'inverno demografico, ovvero l'invecchiamento progressivo della popolazione, complica ulteriormente l'erogazione dell'assistenza, soprattutto nei confronti degli anziani.

Ben vengano, dunque, soluzioni innovative. A ciò si aggiunge la scarsa attrattività delle zone montane, dovuta, in particolare nella provincia di Belluno, alla difficoltà di reperire alloggi, che ostacola il reclutamento di nuove figure professionali, quali medici e operatori sanitari, indispensabili per il mantenimento di un'assistenza di eccellenza. È pertanto necessario garantire la permanenza dei residenti e attrarre giovani, così da continuare a tutelare i diritti inviolabili sanciti dalla Costituzione.

Rinnovo i miei ringraziamenti e auguro a tutti buon lavoro e buona giornata.

Renato Marangoni – Vescovo di Belluno

Mentre lascio Belluno, ho incrociato un mezzo dei Vigili del Fuoco e, poco dopo, un'ambulanza. In tali situazioni di emergenza si acquisisce una più profonda consapevolezza del significato e delle implicazioni della parola "salute". Desidero esprimere, anche a nome di tutte le nostre realtà ecclesiali, grandi e piccole, la più sincera gratitudine per l'impegno profuso in questo ambito.

Vorrei dichiarare il mio personale coinvolgimento su ciascuna delle tre parole che compongono il tema di questo incontro. La salute, giorno dopo giorno, si rivela una realtà in continua evoluzione, che ci invita a compiere sempre nuovi passi insieme e a scoprire aspetti inediti. Su questa parola si innesta una domanda di serenità che nasce dal profondo. Recentemente, durante una visita medica, ho sperimentato quanto il semplice dialogo con il medico possa infondere benessere.

Vi è dunque qualcosa di prezioso da coltivare insieme. La mia dichiarazione di interesse si estende anche al concetto di "oltre": non tutto è sotto il nostro controllo, vi è sempre un "oltre" che ci richiama a un'attenzione e a una cura costanti. Infine, la città: non esiste una città senza il suo "oltre", ovvero tutto il territorio circostante.

Ritengo che questa dichiarazione di interesse, insita nel tema dell'incontro, coinvolga tutti, compresa la nostra presenza ecclesiale. Ho la sensazione che la parola "comunità", spesso richiamata nei sottotitoli, sia decisiva in ogni ambito. Se non costruiamo insieme la comunità, giorno dopo giorno, non potremo mai comprenderne appieno il significato, né cosa rappresentino le case della comunità, gli ospedali della comunità, o la comunità stessa.

È una domanda aperta, su cui è importante confrontarsi. Anche noi, come Chiesa, siamo chiamati a ripensarci: le risorse umane scarseggiano, ma la vicinanza e la prossimità restano elementi indispensabili per il senso di comunità, così come la condivisione di un destino comune, in cui ciascuno può offrire il proprio contributo.

Auguro a tutti una proficua giornata e rinnovo i ringraziamenti. In questi giorni, il Direttore ha chiesto di incontrare i parroci su tutto il territorio: un'iniziativa lodevole, poiché l'ascolto reciproco migliora l'offerta dei servizi. L'offerta evolve se ci si ascolta vicendevolmente. Grazie.

Dott. Giuseppe Dal Ben – Commissario straordinario ULSS 1 Dolomiti

Un brevissimo saluto da parte mia. Buongiorno a tutti. Desidero ringraziarvi per la vostra presenza, così numerosa; ringrazio le autorità presenti, i sindaci, Sua Eccellenza il Prefetto, Sua Eccellenza Monsignor

Vescovo, i relatori e tutti coloro che hanno collaborato all'organizzazione di questa terza tappa del nostro percorso di incontri. Come già sottolineato nei precedenti interventi, questi incontri sono finalizzati a comprendere la realtà in cui operiamo, a valutarne il posizionamento rispetto ad altre realtà, a conoscere e confrontarsi con esse, al fine di individuare la soluzione più idonea per garantire servizi omogenei e uniformi sul territorio, come già richiamato dal Sindaco di Pellegrino.

Questa terza tappa è dedicata al tema del territorio. Desidero, pertanto, ringraziare pubblicamente il Direttore della Sanità della Regione Veneto, che ha voluto fare un'eccezione alla sua consuetudine, dichiarando di non partecipare normalmente a incontri o convegni, ma che ha accettato con piacere di essere presente in queste terre montane, per conoscere più da vicino questa realtà. Invito dunque il dottor Annichiarico a raggiungermi sul palco; a lui abbiamo affidato la relazione di apertura, che offrirà una panoramica sulla visione della Regione Veneto in materia di territorio. Si tratta di un intervento introduttivo di grande rilievo, poiché fornirà le linee guida su come la Regione Veneto si sta muovendo nell'ambito dell'assistenza territoriale.

Ricordo, inoltre, che nel corso di quest'anno, parallelamente al progredire dei nostri incontri, sono stati pubblicati importanti documenti a livello nazionale, tra cui il Libro Bianco sulla Montagna e il disegno di legge sulla montagna, attualmente in fase di sviluppo legislativo nazionale. L'articolo 6 di tale disegno di legge è dedicato specificamente alla sanità, sottolineando la necessità di riconoscere una specificità alla sanità di montagna, sia per quanto concerne i professionisti che vi operano, sia per quanto riguarda i servizi erogati in questo contesto. Come già emerso a Feltre e come evidenziato dal Libro Bianco, il tema dell'invecchiamento e dello spopolamento è particolarmente rilevante nelle aree montane, non solo in Veneto, ma anche in altre regioni, come avremo modo di approfondire attraverso ulteriori testimonianze. Oltre alle realtà montane, esistono, inoltre, territori caratterizzati da una distribuzione diffusa e non concentrata della popolazione, che necessitano di servizi organizzati secondo modalità peculiari.

Lascio ora la parola al dottor Annichiarico, che ringrazio nuovamente per la sua presenza, a noi particolarmente gradita.

Le strategie regionali per lo sviluppo della nuova sanità territoriale

Dott. Massimo Annicchiarico, Direttore Generale Area Sanità e Sociale Regione del Veneto

L'implementazione delle attività territoriali nella Regione Veneto

Ringrazio innanzitutto il dottor Dalben per l'invito e saluto tutti i colleghi delle diverse professioni sanitarie presenti, che rappresentano la spina dorsale del nostro servizio sanitario. Saluto inoltre tutte le autorità presenti: Sua Eccellenza il Vescovo, Sua Eccellenza il Prefetto, tutti i sindaci e l'amico Silvio Crusaferrò, che rappresenta una regione a noi vicina con cui collaboriamo intensamente.

Il percorso di programmazione partecipata: dai cantieri 1.0 ai cantieri 2.0

Ho preparato un intervento sulle attività che la Commissione del Veneto sta sviluppando per l'implementazione delle attività territoriali. Presenterò il percorso che dall'aprile 2023 la regione ha intrapreso per sviluppare in maniera omogenea, ma non uniforme, i contenuti di due grandi interventi: uno di carattere normativo (il DM77) e l'altro di carattere economico-amministrativo (il programma nazionale di ripresa e resilienza).

Voglio sottolineare i risultati straordinari ottenuti dall'URS1 in queste ultime settimane sul tema delle liste d'attesa. I risultati conseguiti dimostrano che l'accessibilità ai servizi sanitari non risponde soltanto a logiche opportunistiche, ma a una logica reale di opportunità per i cittadini.

La Regione Veneto ha iniziato un percorso di programmazione partecipata con la costituzione di un gruppo di lavoro che ha coinvolto tutti i territori. Abbiamo scelto un modello di programmazione che prevedesse una parte top-down (regionale) e una parte bottom-up (territoriale), attraverso modalità che abbiamo chiamato "cantieri di lavoro".

Questa fase è partita nell'aprile 2023 e si è conclusa con i "cantieri 1.0" nel giugno 2024. Attualmente siamo nella fase dei "cantieri 2.0", dedicata alla realizzazione operativa degli interventi programmati.

Gli atti normativi e la programmazione regionale

Durante il 2024, la Regione ha formalizzato diversi atti di programmazione attraverso specifiche delibere che hanno disciplinato praticamente tutti gli ambiti previsti dal DM77. Tra questi: la farmacia dei servizi, lo sviluppo professionale dell'infermieristica di famiglia e di comunità, per il quale la Regione Veneto è stata la prima in Italia a dotarsi di una delibera che ha definito chiaramente tutto il percorso formativo.

L'unico atto deliberativo ancora mancante riguarda il modello operativo delle case di comunità, poiché stiamo riflettendo sul contributo che le comunità possono dare non tanto alla costruzione degli edifici, quanto alla loro animazione e al loro ruolo che va ben oltre le pareti fisiche.

Il numero unico europeo 116-117 e l'innovazione nell'accesso ai servizi

Nel novembre scorso abbiamo ottenuto l'approvazione formale da parte del Ministero della Salute del progetto del numero unico europeo 116-117. Il Ministero ha riconosciuto che il nostro progetto rappresenta pienamente lo spirito con cui l'idea del 116-117 è nata: garantire ai cittadini un punto di riferimento telefonico certo, come avviene dal 1992 con il numero 118 per le emergenze.

Abbiamo fatto la scommessa di realizzare attraverso questo canale di accesso, e pochi altri, un sistema che non confonda i cittadini con una moltitudine di canali diversi. Vogliamo semplificare le informazioni e fare in modo che le porte di accesso siano poche, chiare e tutte in grado di condurre alla risposta desiderata.

Il modello partirà sperimentalmente il 15 dicembre nel territorio di Bassano del Grappa, per ragioni esclusivamente tecnologiche legate al distretto telefonico. A regime, le centrali operative saranno tre, e l'obiettivo è ricomporre tutti i servizi territoriali attraverso un modello di offerta organizzato in modo che non siano i cittadini a dover ricercare la ricomposizione dei propri bisogni.

La farmacia dei servizi come presidio territoriale

L'altro aspetto sul quale stiamo sviluppando le nostre attività è particolarmente significativo per un territorio in cui la densità abitativa non è elevata come questo, dove la prossimità rappresenta un elemento essenziale: la farmacia dei servizi. Partiremo con sperimentazioni che riguardano alcuni territori già molto attivi nell'AULSS 7, per poi allargare l'iniziativa ad altri territori.

Parliamo di farmacia dei servizi non soltanto come luogo di raccolta e di intervento per attività di prevenzione, screening del colon retto, riconciliazione farmacologica, screening delle patologie metaboliche, ma anche come erogatore di servizi che attualmente vengono forniti all'interno del progetto della farmacia dei servizi. Vogliamo ricomprendere completamente queste attività all'interno del servizio sanitario pubblico, in modo tale che la farmacia sia un luogo di erogazione con pari dignità rispetto agli altri erogatori del servizio sanitario pubblico.

Naturalmente richiederà un lavoro organizzativo considerevole. Oggi non è così, è bene chiarirlo. Queste attività, quelle non legate alla prevenzione ma all'erogazione di servizi, vengono svolte all'interno di un modello che da molti anni è ancora progettuale, finanziato con fondi specifici. Il nostro obiettivo è integrare le farmacie e collocare l'etichetta "farmacia dei servizi" con lo stemma della Regione del Veneto, per identificarla come luogo di erogazione che fa parte del servizio sanitario pubblico.

La telemedicina come strumento complementare

La telemedicina rappresenta un ambito di grande rilevanza per i territori, non solo quelli che necessitano di maggiore prossimità e possono soffrire di difficoltà logistiche legate agli spostamenti. È importante che tutti i cittadini comprendano che questa è un'attività complementare all'attività in presenza, non la sostituisce. Niente può sostituire l'attività in presenza. Come ha sottolineato Sua Eccellenza il Vescovo parlando della relazione di cura, l'incontro con le persone in presenza non può essere sostituito da nessuna attività digitale.

Sarebbe tuttavia colpevole non considerare che la tecnologia contenuta in questi dispositivi che ognuno di noi ha in tasca - superiore a quella dell'Apollo 13 - possa essere utilizzata per facilitare tutte le attività che, complementariamente alle attività dei professionisti sanitari, possiamo sviluppare trasversalmente alle forme di assistenza presenti sul territorio: farmacie dei servizi, ADI, case di comunità, ospedale di comunità, forme associative dei medici di medicina generale.

Questo strumento può arricchire le potenzialità e alimentare il fascicolo sanitario elettronico 2.0, anche se non abbiamo ancora raggiunto il grado di maturità necessario. La normativa sulla protezione dei dati non è tra le più facili da interpretare, quindi rappresenta un lavoro complesso, ma non ci sottraiamo a questo impegno.

L'assistenza domiciliare e la presa in carico dei soggetti fragili

Le centrali operative territoriali rappresentano un elemento tecnico che riguarda la capacità delle aziende di collegare informaticamente tutti gli elementi di conoscenza dedicati soprattutto ai soggetti che rappresentano per noi la sfida più importante: le persone con patologie croniche multiple, non autosufficienti, con disabilità o anziane in famiglie monocomponente. Questi rappresentano l'impegno prioritario per qualunque servizio sanitario nel nostro Paese.

In questo senso si colloca pienamente l'assistenza domiciliare, lo sviluppo che vogliamo garantire non come numero di ore erogate ma come qualità dell'attività svolta dal personale professionale, sia in ambito di cronicità sia in ambito di palliazione. Questa assistenza sarà arricchita dalle tecnologie che a domicilio possono aiutare il cittadino a essere monitorato nelle sue condizioni di salute, ad automonitorarsi e a trasmettere le proprie informazioni anche a distanza.

La Regione del Veneto, insieme all'Emilia-Romagna, ha già raggiunto il target definito dal PNRR rispetto alla percentuale di ultra 65enni da prendere in carico. Non ci interessa solo il numero di persone raggiunte, ma la qualità di quello che facciamo a domicilio del cittadino e come questo possa migliorare la sua vita, il suo stato di salute. Vogliamo misurare il contenuto delle nostre azioni per il cittadino stesso, per la sua famiglia e per i caregiver.

Le case di comunità e gli infermieri di famiglia

Per quanto riguarda le case di comunità, non abbiamo ancora fatto alcuna delibera definitiva: è un cantiere ancora aperto. Non siamo arrivati al 2.0, siamo ancora all'1.0. Oggi abbiamo attive 62 delle 69 case di comunità previste, alcune complete dal punto di vista dei requisiti del DM77, altre non ancora. Il tema merita una riflessione complessiva sulla comunità prima che sulla casa, anche se la parola "comunità" viene dopo "casa" nella denominazione.

Sugli infermieri di famiglia di comunità, l'AULSS 1 ha un'esperienza che ha arricchito molto il cantiere. Stiamo iniziando la formazione a livello regionale, vogliamo farne un servizio strutturato. Non si tratta solo di identificare alcune persone con il distintivo di infermiere di famiglia di comunità, ma di trasmettere questa logica a tutto il personale infermieristico, compreso quello che lavora nelle forme associative della medicina generale. Deve diventare un patrimonio culturale di tutta la professione sanitaria, non solo un'etichetta.

La trasformazione digitale: opportunità e sfide

Il tema della trasformazione digitale in questi territori rappresenta un argomento di particolare rilevanza per le opportunità e i rischi che comporta. La trasformazione digitale non è semplicemente l'applicazione degli strumenti digitali alla sanità, ma una vera trasformazione del servizio sanitario pubblico. Introducendo le tecnologie digitali al fianco di quelle analogiche, stiamo trasformando completamente il rapporto tra erogazione dei servizi, modalità di lavoro dei professionisti e percezione dei cittadini.

Per territori come questi dobbiamo occuparci di molteplici aspetti: dal tecnologico (fibra ottica per tutti) al digital divide culturale. È fondamentale che i cittadini non nativi digitali abbiano le stesse possibilità di comprensione e utilizzo degli strumenti, perché il digitale non diventi una nuova discriminazione ma aiuti a superare le barriere di equità.

L'agenda digitale si articola su diverse dimensioni. La prima è la "connectivity", la possibilità di costruire connessioni tra persone e tra persone e tecnologie, non solo tra tecnologie e pazienti. La seconda è il concetto di "patient as one", un sistema human-centered costruito intorno all'individuo: un umanesimo digitale che valorizza le componenti individuali attraverso il digitale.

Il patto intergenerazionale e la sostenibilità del sistema

I driver di salute riguardano tutte quelle componenti che oggi ci portano ad avere il 22-23% della popolazione oltre i 65 anni. Tra poco avremo un individuo portatore di almeno una patologia cronica su tre. Questo non deve essere visto come un peso per la comunità. Non è vero che non si può vivere con le patologie croniche: si può vivere, lavorare, contribuire ad aumentare il proprio capitale di salute, fare prevenzione secondaria. Esiste la possibilità di investire in un invecchiamento in salute.

Le generazioni più giovani hanno la responsabilità di sostenere questo patto attraverso il volontariato, il terzo settore, il welfare generativo di prossimità. I servizi sanitari non possono e non sanno fare tutto: spesso i caregiver informali fanno meglio perché non operano in modo sanitarizzato, e non sempre questa è la strada migliore. La strada migliore è spesso la complementarietà tra le due forme.

Verso un sistema human-centered

I pilastri su cui stiamo lavorando includono il 116-117 e il sistema informativo territoriale. La sfida più importante è costruire un sistema totalmente integrato che riguardi l'ecosistema digitale territoriale, in grado di fornire in tempo reale informazioni utili non solo ai professionisti ma anche ai cittadini per il loro engagement.

In Veneto è molto difficile migliorare perché quando si è in una condizione di eccellenza il miglioramento è estremamente difficoltoso, mentre è facile peggiorare. Non abbiamo intenzione di rinunciare a quest'eccellenza, che è anche un'eccellenza di sostenibilità. La sostenibilità consente a questa regione di fare investimenti sulle risorse umane, sulle infrastrutture, sulle tecnologie.

Dobbiamo continuare a lavorare perché lo dobbiamo ai cittadini, alle comunità, agli amministratori. Lo sapremo fare se i cittadini ce lo riconosceranno, e ce lo riconosceranno se si riconosceranno nei servizi, se vedranno la propria figura collocata in un disegno che pone la persona al centro. Un servizio human-centered sia sull'individuo che sulla comunità, perché il sistema salute si costruisce nella misura in cui la comunità comprende il proprio ruolo di protagonista ed è in grado di rendere se stessa un bene comune.

Comunità in rete per la salute e la sanità delle aree interne

Silvio Brusaferrò, Ordinario di Igiene Università di Udine, già Presidente Istituto Superiore di Sanità

Buongiorno e grazie. Ringrazio tutte le autorità presenti, la moderatrice, il direttore generale dottor Del Ben e Sandro Cinquetti che mi ha invitato con grande determinazione. Mi fa molto piacere essere qui presente e continuare una riflessione che Massimo Annichiarico ha iniziato, mostrando un piano di lavoro e un cantiere particolarmente ricco e avanzato. Cercherò di riprendere questi temi dal punto di vista dei concetti più generali.

Il concetto di salute e capacità di adattamento

Parto da una considerazione che si collega a quanto diceva Annichiarico: il concetto di salute. Quando affermava che possiamo stare bene anche se siamo portatori di patologie croniche, evidenziava che il concetto di stare bene va oltre il concetto di malattia. Salute e malattia non sono due estremi di una stessa retta, ma lo star bene ha a che fare sempre più oggi con la capacità di adattamento. Si tratta di come possiamo vivere con delle condizioni, grazie alla tecnologia, alle conoscenze e alle reti, mantenendo il benessere. Il concetto di capacità di adattamento e di autogestione - che potremmo chiamare anche resilienza - è un fattore chiave e rappresenta oggi uno degli obiettivi che tutti i sistemi sanitari stanno perseguendo.

L'esposoma e l'interazione con l'ambiente

L'altro tema importante è quello dell'esposoma. Si tratta di un concetto unitario che mette insieme il nostro essere umano, con tutte le nostre caratteristiche - quelle che noi tecnici chiamiamo le omiche: genomiche, metabolomiche, proteomiche - con l'interazione con l'ambiente esterno. Dunque con l'ambiente, il rumore, quello che facciamo, quello che mangiamo. Questi sono fattori esogeni e l'interazione rimane sempre un unicum, un'unitarietà: come il nostro organismo reagisce e interagisce con gli altri sistemi. L'esito in termini di salute, di star bene, dell'equilibrio che troviamo è sempre un equilibrio che parte dal livello molecolare fino ad arrivare al livello di comunità.

Ragionare in termini di comunità e di equilibrio diventa una necessità, senza la quale rischiamo un'interpretazione troppo meccanicistica della medicina che punta a risolvere ogni singolo punto. Il punto è importante da risolvere, ma bisogna trovare un equilibrio generale. L'esposoma mette insieme questi meccanismi a livello molecolare, includendo anche l'aspetto genetico. I nostri geni influenzano una parte minoritaria della nostra salute. I nostri comportamenti sono largamente più importanti rispetto alle caratteristiche genetiche, ma influenzano sulla genetica attraverso l'epigenomica. Alcuni comportamenti o esposizioni facilitano l'espressione di alcuni geni piuttosto che di altri. Abbiamo un patrimonio genetico ricchissimo, ma come ci muoviamo, ci comportiamo, le abitudini di vita e le esposizioni che subiamo possono influenzare il fatto che alcuni geni rimangano silenti o vengano espressi.

I determinanti della salute e la prevenzione

Sappiamo molto bene cosa determina la nostra salute: gli spazi verdi, l'ambiente, i trasporti, gli alloggi, l'occupazione, i nostri comportamenti e gli stili di vita. La tradizione rappresentata dal dottor Cinquetti come direttore del dipartimento di prevenzione testimonia questo impegno. Sappiamo che vaccinazioni e screening ci aiutano moltissimo, sappiamo cosa funziona. La prevenzione non è un momento puntuale - non è solo fare lo screening, che pure è importante - ma è un approccio che dura una vita e inizia nel momento in cui un essere umano viene concepito e termina quando lascia questa dimensione terrena. La prevenzione ci accompagna sempre ed è fatta di tanti atti: screening, vaccinazione, attività fisica. I singoli atti vanno visti come parte di uno stile di vita caratterizzato molto da come una comunità si organizza.

Investire in prevenzione offre dal punto di vista economico il ritorno più alto: per ogni euro investito ci sono 14 euro di ritorno. Tuttavia, spesso non lo vediamo o facciamo fatica a vederlo, o lo diamo per scontato. Investire in prevenzione significa investire in tutte queste cose, molte delle quali hanno a che fare con la sanità, ma la maggioranza riguarda la modalità con cui, come comunità, decidiamo di organizzarci. Come decidiamo di organizzare la nostra vita in comunità determina la nostra salute.

Il benessere mentale e sociale

Quando parliamo di salute mentale o benessere mentale - oggi una delle sfide più importanti - sappiamo che esistono meccanismi di supporto. A livello individuale, la bassa o alta autostima influenza pesantemente la nostra percezione di benessere, che è altrettanto importante perché la salute non può essere soltanto il risultato di un check-up. Come ci sentiamo ha un'altra percezione, perché ci rivolgiamo a un sistema per avere risposte che spesso non sono strettamente sanitarie.

Un tema importante è la solitudine. Siamo una società che si sta invecchiando e soprattutto riducendo i nuclei familiari a mononuclei. La proiezione per il 2040 prevede 14-15 milioni di persone sole. Chi vive solo o isolato socialmente ha una qualità della vita più bassa, una durata della vita più breve e una probabilità più alta di accedere a servizi sanitari o sviluppare patologie. Solitudine e isolamento sociale sono certamente il risultato di alcune attitudini personali, ma sono anche l'esito di come organizziamo il nostro vivere insieme, di come in comunità andiamo a cercare la persona sola e creiamo opportunità perché sia meno sola.

Il capitale sociale e la fiducia

Il capitale sociale tocca la fiducia negli altri e nelle autorità. Durante la pandemia, gli stati con maggiore fiducia nelle autorità pubbliche hanno risposto meglio. Costruire fiducia significa costruirla nei rapporti con le persone che ci stanno accanto, con le autorità, con i sindaci, con i vigili urbani, con i pompieri. Fiducia vuol dire rendersi disponibili per il volontariato, sapere che i vicini possono dare una mano se abbiamo un problema. Costruire questo capitale significa costruire salute, anche se non sembra immediatamente evidente.

La salute pubblica si definisce come la prevenzione delle malattie e il prolungamento della vita attraverso sforzi organizzati e scelte informate della società. Quando parliamo di dimensione pubblica, tutti questi fattori influenzano pesantemente la qualità e la durata della vita degli individui. È uno sforzo organizzato e una scelta informata della società: ci organizziamo per affrontare questo problema e partecipiamo alla coprogettazione.

Le comunità e i bisogni di salute

Nelle nostre comunità esistono due anime: la convivenza e la coesistenza. La coesistenza non è necessariamente supportiva - prendo atto che c'è qualcuno accanto a me, che può anche darmi fastidio entro certi limiti - ma riconosce la separazione. La convivenza significa lavorare insieme. Le due cose non sono alternative ma contemporanee: riesco a lavorare insieme bene se riconosco la diversità. Le diversità presenti nelle nostre comunità sono importantissime, vanno valorizzate e rappresentano il primo passo per ridurre la solitudine e l'isolamento sociale.

I bisogni di salute si classificano in: bisogno percepito, bisogno espresso, bisogno riconosciuto e bisogno non percepito. Non sempre percepiamo un bisogno di salute, e non sempre il disagio viene espresso correttamente. Uno dei problemi classici della sanità è che a fronte di un disagio troviamo uno sportello inappropriato: può essere un problema di povertà, di disagio psicologico, di relazioni sociali, non necessariamente un problema di salute. L'analisi del bisogno di salute deve tenere conto dei percepiti, dei non percepiti e dei non espressi, a livello individuale, locale e di distretto.

Le reti di prossimità e le relazioni

Un esempio significativo è la mappatura delle relazioni sociali degli anziani soli in un piccolo paese della Carnia. Una volta mappata questa rete, l'infermiera domiciliare sapeva che quella vecchietta la mattina passava dalla sua amica, andava al negozietto del paese, e se non passava il sistema veniva allertato. Avere queste mappe delle reti di comunità significa sapere quanto la persona è protetta, non soltanto dal servizio sanitario ma da una rete di vicinato, di prossimità: vicini di casa, volontari, parroco. Questa rete tutela la salute della persona fragile, arricchita dal medico di medicina generale e dall'infermiere di comunità.

Oggi abbiamo molta tecnologia che allarga il concetto di prossimità. Il figlio che va a lavorare può controllare la mamma anziana tramite una net cam, avere sistemi di allerta, ma questi funzionano solo se c'è anche la prossimità fisica. I sistemi di monitoraggio offrono possibilità di prossimità ampie che devono trovare un bilanciamento tra la vicinanza fisica e i mezzi tecnologici.

Il concetto di rete diventa il punto chiave: leggere le nostre comunità come reti con vari nodi, relazioni e strutture. La sanità diventa parte di queste reti, ma la manutenzione delle reti richiede lo sforzo del gestore per recuperare il nodo isolato e mantenerlo connesso al sistema.

Conclusioni e prospettive future

La storia di una vecchietta sola che si rompe l'anca illustra come, in funzione della rete che avrà intorno a sé, potrà tornare a casa o dovrà essere istituzionalizzata. Il fatto che possa tornare con le sue amiche a fare la spesa, bere il caffè, giocare a carte o curare l'orto passa attraverso il fatto che abbia una rete attorno a sé. Costruire reti sociali di partecipazione è importante, così come il ricambio generazionale. Trasmettere alle nuove generazioni i valori del mettersi a servizio della propria comunità è fondamentale. Questo tipo di volontariato è un valore importante sia per i giovani sia per gli over 65-70 anni. Quando vai a vedere la vecchietta vicina di casa, non fai soltanto un servizio per lei ma anche per te: hai una motivazione, fai attività fisica, ti preoccupi dell'altra persona, creando salute.

La fragilità è spesso una fragilità della micro rete di prossimità. Intorno al bisogno di salute di ognuno c'è una rete di persone che vanno in sofferenza quando tu sei in sofferenza. Dobbiamo immaginare di vivere più a lungo possibile privi di disabilità, ma dove abbiamo disabilità o patologie possiamo ancora trovare un buon equilibrio. Lo troveremo tanto quanto saremo in grado di creare uno scheletro di supporto, dove alla carenza progressiva di autonomia riusciremo a costruire intorno una rete di persone, vicini e tecnologie che ci aiuta a mantenere più a lungo la nostra autonomia e socialità.

Sappiamo che normalmente la gran parte delle spese va sulla sanità riparativa. Il 5% della prevenzione dovrebbe essere guardato in senso più ampio, dove salute non è soltanto sanità ma tutto quello che dobbiamo fare. Dove mettiamo gli incentivi, otteniamo i risultati. Se incentiviamo relazioni sociali, momenti di aggregazione, aiuto reciproco, investiamo in capitale sociale con un ritorno molto elevato per ogni euro investito.

Possiamo perseguire il benessere individuale delle nostre comunità, consapevoli che le due cose non sono disgiunte: staremo tanto meglio insieme quanto più riusciremo individualmente a stare bene come comunità. Stare bene in comunità significa essere contenti di vivere in questa comunità ed essere attrattivi, invertendo i trend di spopolamento.

Giuseppe De Castro, Coordinatore iniziative Welfare Essilor Luxottica

Trascrizione intervento De Castro - EssilorLuxottica

Premessa e presentazione dell'azienda

Permettetemi di fare una piccola premessa. Sono qui in rappresentanza dell'azienda che ha creato tutto questo, il posto in cui ci troviamo e che mette a disposizione della comunità con molto piacere. Il termine di comunità e di welfare di comunità appartiene al DNA di questa azienda. In questo momento, ricordando i nomi che sono stati citati, il cavaliere Del Vecchio e il cavaliere Francavilla, mi piace ricordare il DNA con cui nasce questa azienda 63 anni fa. In questi 63 anni l'azienda è stata capace di creare quello che ora provo a descrivervi brevemente.

Ricorderò sempre una frase del cavaliere che ho avuto il piacere di conoscere: per i 50 anni dell'azienda, quando arrivava con l'elicottero, quasi commosso diceva ogni volta "quando arrivo guardo giù e dico: ma guarda che casino che ho combinato", perché aveva creato qualcosa che forse andava anche oltre le sue aspettative.

Rappresento un'anomalia qui dentro, non sono un addetto ai lavori e registro il fatto che sono dentro una comunità, dove vi conoscete tutti e si dà per scontato il background. Permettetemi quindi di fare due veloci indicazioni sia sull'azienda che su me stesso. EssilorLuxottica conta 200.000 persone nel mondo, 180 paesi, 150 brand. Il territorio italiano è rappresentato da circa 20.000 persone, comprendendo la parte produttiva, corporate e retail. Di queste 20.000, 10.000 sono nel territorio bellunese, che ha quindi una presenza importante in Italia.

Il contesto aziendale e personale

In tutto questo contesto, con l'evoluzione che l'azienda ha avuto - oggi è un'azienda di diritto francese con quotazione alla Borsa di Parigi e con headquarter a Parigi, Milano e Agordo - qui abbiamo l'headquarter mondiale dell'Operation, che gestisce oltre 70.000 persone nel mondo.

Ho il piacere di lavorare in questa azienda da quasi 20 anni. I primi sette li ho trascorsi proprio qui ad Agordo, occupandomi di risorse umane. Ho vissuto qui, conosco bene il territorio e me ne sono innamorato. Ho capito perché il cavaliere Del Vecchio e il cavaliere Francavilla, non autoctoni, si sentivano più a loro agio qui che altrove. Successivamente ho fatto esperienze in Cina per quattro anni, quattro anni negli Stati Uniti, poi sono rientrato due mesi prima dell'esplosione del Covid. Attualmente ho l'incarico per il gruppo EssilorLuxottica per il welfare e le relazioni industriali.

Se digitate la parola welfare su internet per l'Italia, vi esce il nome Luxottica ovunque. È un'eccellenza, una posizione in cui mi sento privilegiato, ma anche una responsabilità enorme e un obbligo di essere sempre i numeri uno, innovando costantemente.

L'evoluzione del welfare aziendale

Non posso entrare nelle specificità sanitarie, ma posso ripercorrere il percorso che ha fatto Luxottica nel welfare, spiegare cosa significa welfare e cosa sta diventando, facendo riferimenti anche alla parte sanitaria. Nel nostro welfare, scuola e sanità sono molto presenti, il lavoro per definizione è quello che facciamo per mestiere.

Parliamo del 2009 come data di nascita del welfare di ultima generazione. Dal 2009 l'azienda firma un protocollo d'intesa con le parti sindacali e mette su un sistema di welfare molto strutturato e organizzato che prevede comitati, comitati tecnico-scientifici e commissioni a livello di stabilimento. Si inizia a realizzare che il welfare è una materia viva, non statica, perché la società evolve velocemente e il welfare ne è un riflesso.

Per fare welfare servono analisi dei dati strutturate, non si può andare di pancia o di intuito. È necessario un sistema organico che crei network e relazioni con tutti gli stakeholder, interni ed esterni.

Le radici storiche del welfare

Questo welfare del 2009 è stato reso possibile perché era nelle radici dell'azienda, nel DNA dei fondatori. Questa azienda ha sempre avuto la mensa gratuita per tutti i dipendenti dalla sua costituzione. Oggi parliamo di una mensa gestita con chef di livello internazionale, sistemi di prevenzione, cura del territorio e chilometro zero - una mensa 4.0, ma nel DNA c'era già questo.

La complessità dei bisogni contemporanei

Ogni volta che identifichiamo un'iniziativa, dobbiamo mettere insieme esigenze sempre più frammentate, bisogni sempre più frammentati. Non esiste la soluzione per definizione. La comunità è comunità anche se si riconosce l'importanza dei singoli individui, fatta dai bisogni che portano: single, coppie, famiglie, con le loro sottodefinitzioni, più figli, meno figli, tipi di coppie diverse, modelli di single residenti e non residenti, e il territorio.

Tutte queste dimensioni devono essere sinergizzate. Trovare l'algoritmo perfetto è impossibile, quello che cerchiamo di fare è procedere in modo scientifico e strutturato. Ogni iniziativa colpisce un bisogno specifico ma ha effetti collaterali che possono essere positivi o negativi, e si interrelazionano con il resto.

In una comunità come la nostra, occupandomi di welfare a livello globale, sono consapevole che la parola abbia significati diversi perché i sistemi sono organizzati diversamente. Non abbiamo nel mondo, su 200.000 persone, una comunità come quella bellunese dove 5.000 dipendenti vivono in una comunità di 4.000 abitanti. Quando lo cito nel mondo mi guardano sbalorditi. Qui l'integrazione è ancora maggiore e ogni iniziativa ha ripercussioni. Normalmente usiamo un moltiplicatore statistico: se facciamo un'iniziativa per un dipendente, moltiplichiamo per tre l'effetto sul contesto di comunità.

L'analisi generazionale e i cambiamenti del mondo del lavoro

Per comprendere l'evoluzione dei bisogni, abbiamo identificato che per la prima volta nella storia quattro generazioni, con la quinta in arrivo, si confrontano sullo stesso luogo di lavoro. Abbiamo analizzato come

ogni generazione si pone verso il mondo del lavoro e i bisogni che ha, perché il nostro primo obiettivo è creare comunità all'interno dell'azienda prima di integrarla con quella esterna.

Per ogni generazione abbiamo cercato di capire l'approccio al mondo del lavoro, e sono modi completamente diversi. Chi fa il mio mestiere lo vede ogni giorno nel recruiting. Oggi la prima domanda di un neoassunto è se facciamo smart working e quale smart working facciamo. Chi ha iniziato prima della pandemia non si poneva neanche questa domanda.

Stare fermi oggi significa andare indietro perché le cose stanno accadendo altrove e quando arrivano da noi è già troppo tardi. Dobbiamo capire quello che sta succedendo nel mondo per poterlo accelerare o anticipare.

Le nuove generazioni chiedono cose diverse rispetto ai boomer e si pongono in modo completamente diverso verso la tecnologia. È impensabile per persone giovani non poter lavorare in smart working perché la connessione non funziona. Possiamo avere le montagne più belle, ma se le persone non riescono a lavorare in smart working qui, diventa un tema di retention.

I tassi di natalità e il mercato del lavoro

L'altro tema sono i tassi di natalità. Per garantire la stabilità della popolazione serve un tasso di natalità del 2,1 per coppia. Nel periodo dei boomer eravamo intorno al 2,5-2,8, oggi siamo intorno all'1,2-1,3. Dal punto di vista aziendale questo significa che il rapporto tra offerta e domanda di lavoro si è invertito.

Quando ho iniziato a lavorare andavo ai colloqui e c'erano 30 persone come me che ambivano a entrare in azienda. Oggi chi viene da noi ha almeno 4, 5, 6, 7 offerte da altre aziende, soprattutto se vale. Un'azienda come la nostra ad Agordo, quartier generale mondiale, deve attirare i migliori talenti non solo italiani, ma mondiali.

In termini di welfare, fino a qualche anno fa erano possibili soluzioni universali che andavano bene per tutti. Siamo partiti con il carrello della spesa, una risposta a un bisogno economico che dava beni che valevano più di quello che costavano, soddisfacendo bisogni di crisi importanti. Iniziativa bella che continuiamo a fare ed abbiamo esteso anche ai fornitori e alle persone bisognose, ma era universale. Oggi si va verso la polverizzazione dei bisogni: ognuno ha un bisogno specifico ed è quasi impossibile fare un'iniziativa che vada bene per tutti.

Sostenibilità ed etica come driver generazionali

Nella generazione Z abbiamo sottolineato come tra i riferimenti sociali l'etica della sostenibilità - che include sostenibilità ambientale, lavorativa, della comunità, il senso di appartenenza a una comunità - diventi uno dei driver fondamentali. Se vogliamo attirare giovani, come azienda e come territorio, dobbiamo tenerne conto.

Dalle nostre proiezioni, considerando le ultime due generazioni che rappresentano già più del 50% della popolazione aziendale, a tre anni l'80% della nostra popolazione sarà spostata verso i millennials e la generazione Z, con l'ingresso della nuova generazione. O ci muoviamo adesso o sarà troppo tardi per tenere conto di questi bisogni.

Questo vale a livello aziendale ma anche per qualsiasi realtà. Anche la Chiesa si sta facendo domande su come attirare risorse, come ridefinirsi e ripensarsi.

La strategia evolutiva del welfare

Il welfare, al di là delle singole iniziative, deve avere una logica strategica di evoluzione. Nasce come sostegno al reddito per un bisogno economico, poi evolve verso il well-being, mettendo la persona al centro di un sistema che considera tutti i bisogni: lavoro, sanità, benessere, divagazione, benessere psicologico. Ma anche questo non è sufficiente.

C'è il welfare di comunità: se una persona si sente molto appartenente all'azienda ma non alle comunità circostanti - Agordo, Bellunese - tutto questo non serve. Per arrivare alla nuova dimensione del tempo e dello spazio di qualità: oggi la persona deve sentirsi in azienda come si sente a casa, perché il luogo di lavoro è diventato competitor dello smart work.

È fondamentale come gli ambienti sono curati, l'attenzione alla sicurezza, alla dimensione relazionale, non per principio generale ma perché permette alle persone di lavorare meglio e produrre migliori risultati.

Si inserisce un mondo del tempo che ha assunto una dimensione fluida, in cui i bisogni individuali non rientrano in algoritmi predefiniti. Una volta si chiedeva il part-time, oggi ne abbiamo un terzo della popolazione italiana con forme varie di part-time - 3.000 persone circa. Con la settimana corta abbiamo fatto evolvere questa forma: il part-time significa guadagnare tempo rinunciando a parte della retribuzione, la settimana corta prova a tenere insieme il bisogno di tempo con quello economico.

Questi sono cerchi concentrici: ogni iniziativa che pensiamo deve contenere questi aspetti, è una forma mentis che ci diamo per ricoprire ogni iniziativa.

Una delle aree in cui siamo più forti come azienda è l'appartenenza, che ha un valore enorme per l'essere umano. Sentirsi parte di una comunità, in una società sempre più difficile da comprendere, sempre più veloce, in cui la persona si sente spesso isolata e cerca di capire il nuovo senso del lavoro e delle relazioni, diventa fondamentale.

Concludo ricordando che affrontare il mondo sanitario, per noi tutto, richiede un sistema di network che mette insieme aziende, territorio, mondo accademico e istituzioni. Durante la pandemia l'azienda, in collaborazione con il Ministero della Sanità, installò qui la fabbrica delle mascherine: quando c'è stato bisogno, i nostri ingegneri sono passati dal fare occhiali al fare mascherine, non per Luxottica ma per l'intera comunità, perché le inviavamo al Ministero per la distribuzione in tutta Italia. Lo stesso abbiamo fatto con gli hub vaccinali, non solo ad Agordo ma in tutti i nostri stabilimenti. Non abbiamo la presunzione di avere la soluzione, ma crediamo che questi rapporti sul territorio siano fondamentali.

Moderatore

Ringrazio il Dottor De Castro per l'interessantissima presentazione. Il concetto di comunità rimane il filo conduttore: tutte le iniziative da lui illustrate contribuiscono effettivamente al benessere collettivo.

Egli ci ha fornito spunti di notevole interesse anche per la nostra organizzazione. Proprio questa settimana, insieme al Direttore delle Risorse Umane, abbiamo convenuto circa la necessità di apprendere il linguaggio delle nuove generazioni, nonché di avvicinarci a esse con uno spirito rinnovato, prestando attenzione alle loro esigenze. È evidente che i giovani attribuiscono grande valore al tempo libero rispetto all'attività lavorativa; pertanto, se questa rappresenta una necessità, anche la nostra organizzazione dovrà, in qualche misura, adattarsi. Ritengo che, per divenire attrattivi, sia necessario introdurre sistemi che, pur non potendo eguagliare quelli di Luxottica – per noi irrealizzabili in quanto contrattualmente preclusi – possano comunque offrire spunti di riflessione. Ciò è fondamentale anche al fine di creare un forte senso di appartenenza all'organizzazione, così da poter affrontare insieme i momenti di criticità e le nuove sfide.

Invito ora l'ultimo relatore della sessione, il Dottor Maritati, Direttore delle Cure Primarie della Regione Veneto, che vedo ora sopraggiungere, il quale ci illustrerà l'organizzazione dei servizi territoriali e di prossimità, nonché l'impatto del Decreto Ministeriale n. 77 del 2022.

Dottor Maritati, a Lei la parola. Grazie.

Organizzazione dei servizi territoriali e di prossimità: impatto del DM 77/2022

Dott. Antonio Maritati , direttore delle cure primarie della Regione Veneto

Desidero ringraziare per il gradito invito e per l'opportunità di intervenire su un tema di grande rilevanza, ossia l'impatto che l'applicazione del Decreto Ministeriale n. 77 sta avendo sul nostro territorio regionale, con particolare riferimento all'ambito dell'Azienda ULSS n. 1 di Belluno. Molti aspetti sono già stati affrontati dal Direttore Generale Ricarico nel suo intervento di questa mattina, che ha fornito una panoramica esaustiva sul lavoro svolto e su quello in corso relativamente all'implementazione del decreto.

Il mio contributo, anche al fine di suddividere gli ambiti di presentazione, si concentrerà su una fotografia dello stato dell'arte, fornendo alcuni dati e illustrando il punto raggiunto nell'attuazione del DM 77 in Regione Veneto. Successivamente, presenterò le attività e le azioni che saranno prossimamente intraprese, con particolare attenzione a quelle che, pur non essendo state approfondite questa mattina, avranno un impatto determinante sulla solidità dei servizi previsti dal decreto.

L'aggiornamento relativo alla medicina generale, che costituisce un elemento cardine dell'assistenza territoriale, è assolutamente centrale. Pertanto, articolerò il mio intervento in quattro punti sintetici, con l'auspicio di risultare il più chiaro possibile.

Premessa: la Missione 6 del PNRR e l'importanza dell'assistenza territoriale

Consentitemi una breve premessa: una delle due componenti della Missione 6 del PNRR è dedicata specificamente al territorio, alle reti di prossimità, alle strutture e alla telemedicina per l'assistenza territoriale. È essenziale ricordare che la componente territoriale sia stata posta in primo piano rispetto alla seconda, che prevede interventi diversificati, ma il cui nucleo centrale resta il rafforzamento dell'assistenza territoriale. Tale scelta deve indurci a riflettere, anche sotto il profilo valoriale, sull'importanza della riforma dell'assistenza territoriale che accompagna il PNRR e che trova attuazione programmatica nel DM 77.

I temi ormai noti – case della comunità, telemedicina, assistenza domiciliare integrata (ADI), centrali operative territoriali (COT), ospedali di comunità – sono entrati a far parte del lessico comune e si sono consolidati nelle conoscenze degli operatori, insieme agli ospedali di comunità. L'investimento complessivo a livello nazionale ammonta a sette miliardi di euro, a testimonianza della rilevanza attribuita al settore. È fondamentale, pertanto, saper gestire efficacemente tali risorse, che rappresentano un investimento per le generazioni future.

La seconda componente del PNRR include una parte importante dedicata all'innovazione nella ricerca biomedica e al potenziamento delle borse di studio per la formazione in medicina generale.

Lo schema classico dell'impatto atteso prevede che tutti i servizi, una volta a regime, concorrano a un'organizzazione matura e completa dell'assistenza territoriale. Non mi soffermerò sulle considerazioni relative alla pandemia da Covid-19, che ha rafforzato la consapevolezza, già presente nel nostro territorio e in particolare nel Bellunese, dell'importanza dell'assistenza territoriale. Con il DM 77, finalmente, non solo nella nostra regione, ma da Vipiteno a Pantelleria, si è giunti a una programmazione e a un'organizzazione del territorio mature e responsabili, non più affidate esclusivamente all'iniziativa di pochi attori.

La rete dei servizi, rappresentata anche graficamente, dovrà essere realizzata entro la fine del 2026, secondo l'impegno assunto, che proseguirà oltre il termine del PNRR e del DM 77, fino al 2032 e al 2027 rispettivamente. L'obiettivo è giungere, entro due anni, alla costituzione di una maglia di servizi in grado di rendere il territorio un elemento dell'assistenza dotato della medesima capacità organizzativa dell'ospedale.

Stato dell'arte nell'attuazione del DM 77 in Regione Veneto

Attualmente, se si analizzano i dati relativi agli ospedali, si rileva che, a livello nazionale, gli obiettivi sono stati raggiunti quasi ovunque, come evidenziato dal sistema di valutazione dell'assistenza. Ciò indica che il settore ospedaliero ha raggiunto un suo equilibrio. Per quanto concerne il territorio e i dipartimenti di prevenzione, permangono alcune criticità, con risultati eterogenei a livello nazionale. Fortunatamente, nella nostra regione, la situazione è pressoché ottimale, ma nel resto d'Italia si riscontra una maggiore variabilità. Questo conferma la necessità, avvertita a livello nazionale, di mettere a sistema quanto già esistente, sviluppando i servizi in modo omogeneo su tutto il territorio, tenendo conto delle specificità locali.

Passando ai dati aggiornati al 30 giugno 2024, relativi all'AGENAS, si rileva che, delle novantacinque case della comunità previste dal Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS), la programmazione regionale ne contempla novantanove. Di queste, sessantadue risultano già parzialmente attive. Ciò significa che, pur non essendo ancora pienamente operative secondo gli standard prescrittivi del DM 77 (allegato 2), tali strutture offrono una serie di servizi conformi agli standard concordati. La soglia minima per essere considerate parzialmente attive è fissata al cinquanta per cento dei servizi previsti.

Per quanto riguarda l'Azienda ULSS n. 1, sono previste quattro case della comunità, di cui una già parzialmente attiva. Il monitoraggio finale determinerà il numero effettivo di strutture operative.

Relativamente alle COT, la programmazione regionale ne prevede quarantanove, di cui due nel territorio dell'Azienda ULSS n. 1. Anche in questo caso, la verifica dell'attivazione è stata condotta tramite

monitoraggi indipendenti, che hanno accertato non solo la realizzazione fisica delle strutture, ma anche l'effettiva erogazione dei servizi.

Per quanto concerne gli ospedali di comunità, la programmazione regionale ne prevede settantadue, con quarantuno strutture attivate e circa ottocentoquaranta posti letto complessivamente disponibili.

Questi dati restituiscono il quadro attuale e il contesto nel quale ci stiamo muovendo.

Situazione delle sedi di continuità assistenziale e Case di Comunità Hub

Quanto precedentemente esposto rappresentava l'insieme delle attività che avremmo dovuto svolgere; ciò che segue, invece, illustra quanto stiamo attualmente realizzando. Mi permetto di aprire e chiudere una breve parentesi su un tema emerso di recente, relativo alle sedi di continuità assistenziale e alle cosiddette Case di Comunità di tipo Hub.

È opportuno precisare che, qualora l'assistenza H24 sia prevista nelle Case di Comunità Hub – le novantanove programmate a livello regionale – essa non potrà essere garantita in assenza delle funzioni attualmente svolte dalle sedi di continuità assistenziale presenti sul territorio veneto.

Siamo tutti consapevoli di essere reduci da un processo di riorganizzazione, elaborazione e ottimizzazione delle sedi di continuità assistenziale, anche in termini di orari. La questione delle novantanove Case di Comunità Hub, finalizzate a garantire l'assistenza H24 e, conseguentemente, la presenza delle sedi di continuità assistenziale, ha condotto a una riflessione concreta, fondata sui dati numerici attuali, inferiori rispetto al numero delle Case di Comunità che si prevede di realizzare.

In taluni distretti, ad esempio, si riscontra una proporzione come cinque Case di Comunità Hub previste e due sedi di continuità assistenziale. In tali circostanze, pur dovendo assicurare l'assistenza H24, sarà necessario adottare un approccio razionale, evitando di disperdere il percorso di sviluppo delle sedi di continuità assistenziale fin qui compiuto, senza lasciarsi condizionare esclusivamente dall'urgenza di garantire la presenza della continuità assistenziale in tutte le novantanove Case di Comunità.

Occorrerà, pertanto, prevedere che alcune Case di Comunità dispongano al loro interno di una sede di continuità assistenziale, mentre altre saranno funzionalmente collegate ad altre Case di Comunità che già la ospitano, al fine di assicurare l'assistenza H24. In determinati territori, inoltre, sarà inevitabile mantenere sedi di continuità assistenziale indipendenti dalla presenza fisica all'interno delle Case di Comunità, poiché la specificità del territorio lo richiede.

È dunque imprescindibile, in alcune zone, preservare almeno parte delle attuali sedi di continuità assistenziale, indipendentemente dalla loro collocazione nelle Case di Comunità. Tale esigenza è ben evidenziata dalla necessità di assicurare la continuità del servizio assistenziale su tutto il territorio regionale.

La medicina generale: sfide attuali e prospettive future

Per quanto concerne la medicina generale – elemento cardine della riforma che si integra con i servizi previsti dal DM 77 – essa rappresenta un anello fondamentale nel completamento del percorso di realizzazione dei servizi territoriali.

Siamo attualmente nel mezzo di una fase critica: già dallo scorso anno si è avviata una riduzione del numero di medici in servizio, in particolare a causa dei pensionamenti che, nei prossimi tre anni, interesseranno il 30-35% dei medici sia in ambito ospedaliero che territoriale. Tuttavia, il numero dei nuovi ingressi non sarà sufficiente a compensare le uscite, determinando una riduzione complessiva del numero di medici di medicina generale in servizio.

Attualmente, secondo i dati aggiornati a settembre, i medici di medicina generale a ciclo di scelta sono 2.746. Di questi, il 66% opera in forme associative evolute o complesse, quali le medicine di gruppo o le medicine di gruppo integrate; permangono tuttavia medici che esercitano in forma singola, in associazione semplice o in rete.

Relativamente all'Azienda ULSS di Belluno, sempre secondo i dati di settembre 2024, si contano 113 medici. Tuttavia, la specificità del territorio rende impossibile applicare in modo uniforme lo standard regionale: solo il 39% opera in forma associativa evoluta, mentre permangono numerosi medici singoli, in associazione o in rete, poiché la conformazione e le esigenze del territorio hanno determinato la preferenza per tale modello organizzativo. Tale variabilità è corretta e auspicabile, in quanto risponde alle diverse esigenze

delle singole aziende: alcune hanno privilegiato le medicine di gruppo integrate, altre le reti, come nel caso di Belluno o Rovigo.

Per quanto riguarda i medici ad attività oraria, ossia quelli della continuità assistenziale, la maggior parte presta servizio con contratti a tempo determinato; meno del 10% è titolare di un incarico a tempo indeterminato. La gran parte di questi professionisti è rappresentata da medici specializzandi, che costituiscono l'ossatura del sistema di continuità assistenziale. Nell'ULSS 1, ad esempio, si contano 52 medici, con una percentuale di incarichi simile e la presenza di sei incarichi relativi alla sanità penitenziaria, la quale, dal 2022, rientra nella medicina generale.

Parallelamente, sono attualmente 560 i medici che frequentano il corso di formazione specifica in medicina generale, comprendendo tutte le tipologie di corsisti. Di questi, 268 sono già titolari di un incarico di assistenza primaria, suddivisi tra incarichi temporanei (destinati a chi frequenta il corso e può assistere fino a 1.000 pazienti al primo anno e fino a 1.200 dal secondo anno, secondo la legge regionale 2022) e incarichi provvisori (assegnati in attesa di copertura della zona carente). In sostanza, il 48% dei corsisti già contribuisce alla rete della medicina generale. È opportuno ricordare che chi detiene un incarico temporaneo, una volta conseguito il diploma, passerà automaticamente a tempo indeterminato, il che rappresenta un aspetto positivo, in quanto consente una formazione contestuale all'attività professionale.

Tuttavia, il numero dei frequentanti, rispetto all'aumento dei posti messi a bando, non è proporzionale: anche nell'ultimo corso, su 350 domande e 248 borse disponibili, sono pervenute solo 146 candidature. Tale fenomeno, osservato a livello nazionale, è dovuto anche alla concorrenza con i contratti di specializzazione, anch'essi aumentati grazie al PNRR, che attraggono i candidati verso percorsi più remunerativi o con una formazione diversa.

Di conseguenza, pur in presenza di un numero di borse superiore rispetto agli anni precedenti, la partecipazione al corso non è stata proporzionale alle potenzialità della categoria.

Su questo tema sarà necessario lavorare congiuntamente, evitando un atteggiamento di lamentela che rischia di allontanare i giovani dalla professione. Occorre, invece, riposizionare il dibattito su binari più costruttivi, valorizzando una professione che resta di grande valore e che si avvale di un corso di formazione di qualità, superiore a quello offerto in altre regioni.

È auspicabile che, come recentemente dichiarato anche dai principali sindacati di categoria e dal Ministro, si giunga finalmente alla trasformazione del corso regionale in un corso universitario. Dopo molteplici annunci e speranze, si auspica che tale salto di qualità possa finalmente realizzarsi.

Un'innovazione di rilievo, che avrà impatto a partire dal 2025, riguarda l'introduzione del cosiddetto "ruolo unico" per la medicina generale, previsto dall'ultimo Accordo Collettivo Nazionale e conseguente alla Legge Balduzzi del 2012. I prossimi medici di medicina generale che otterranno un incarico a partire dal 2025 saranno i primi a intraprendere la professione secondo il nuovo modello del ruolo unico.

In concreto, ciò comporterà per i nuovi incaricati l'obbligo di svolgere, sin da subito, 38 ore settimanali di attività a favore dell'azienda o del distretto, unitamente all'apertura dello studio per l'acquisizione degli assistiti. Gli incarichi temporanei, una volta conseguito il diploma, si trasformeranno automaticamente in incarichi a tempo indeterminato secondo il nuovo regime. Nulla cambierà, invece, per coloro che hanno già ottenuto un incarico secondo le procedure del 2024, salvo che non optino volontariamente per il transito al ruolo unico.

Dal punto di vista operativo, il nuovo sistema prevede una proporzione tra le ore da dedicare alle attività distrettuali e quelle da riservare all'attività ambulatoriale, in funzione del numero di assistiti. Fino a 400 assistiti, saranno richieste 38 ore di attività distrettuale; da 401 a 1.024 assistiti, 24 ore; da 1.001 a 1.200, 12 ore; infine, da 1.201 a 1.500, 6 ore, con esclusione delle deroghe. È importante sottolineare che, in presenza di deroghe superiori a 200 assistiti, il medico dovrà comunque garantire la proporzione prevista.

Questa rappresenta la principale novità che caratterizzerà l'avvio del ruolo unico a partire da gennaio del prossimo anno. Cambieranno, inoltre, i parametri per l'individuazione delle zone carenti: a livello nazionale, sarà previsto un medico ogni 1.200 residenti, parametro già in uso in Veneto, cui si aggiunge un medico ogni 5.000 residenti quale riferimento per la continuità assistenziale.

Conclusioni e riflessioni finali

L'ultima riflessione che desidero proporre riguarda l'impatto del Decreto Ministeriale 77. Oltre a portare a regime tutti gli interventi, i servizi e le attività che il Direttore Annichiarico ha illustrato questa mattina, tale decreto dovrà completarsi anche con la componente relativa alla medicina generale e con lo sviluppo dell'accordo integrativo regionale.

Quest'ultimo, oltre a definire in modo uniforme sul territorio regionale le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), che diventeranno l'ambito preferenziale per le forme organizzative della medicina generale, mira a sviluppare un percorso che, nel rispetto delle peculiarità orografiche, dei percorsi e delle storie di ciascun territorio, conduca a uno sviluppo della medicina generale sempre più interdisciplinare e orientato alla collaborazione tra medici e altri professionisti.

Partendo, se vogliamo, da una delle prime slide che abbiamo visto, in cui permane ancora una differenziazione tra medici singoli, situazioni in rete, medicina di gruppo e medicina integrata, l'obiettivo non è quello di accorpate tutti i medici in un'unica sede, ma di favorire, indipendentemente dalla collocazione territoriale – sia essa Belluno, Pieve di Cadore, Alleghe o Falcade – una collaborazione strutturata tra i professionisti, ciascuno nel proprio studio con una sede principale di riferimento. Si cercherà, dunque, di promuovere la collaborazione e il raccordo tra i medici e con gli altri professionisti sanitari.

Tale percorso, che coinvolgerà anche la medicina generale, sarà avviato a breve.

Una delle ultime considerazioni che desidero esprimere, prima di lasciare la parola a chi mi seguirà, riguarda la necessità di intraprendere un percorso integrativo regionale innovativo, capace di cogliere l'eccezionalità del momento storico che stiamo vivendo. Sarebbe un errore, o comunque un'occasione mancata, limitarsi ad aggiornare un accordo del 2005, ormai superato, senza il coraggio di adottare una visione a 360 gradi sulle opportunità offerte dal PNRR, dal DM 77 e dalle condizioni precedentemente illustrate. È dunque necessario proseguire e avviare tale percorso in raccordo con quanto si sta realizzando a livello aziendale per il territorio.

Moderatore

Ringraziamo il dottor Maritati per averci fornito una rappresentazione puntuale della trasformazione dell'organizzazione territoriale e per aver evidenziato l'opportunità di sistematizzare le attività. Egli ha illustrato, inoltre, la possibilità per il nostro territorio di una flessibilità funzionale a una migliore organizzazione della medicina territoriale e di prossimità. Lo ringrazio e cedo volentieri la moderazione al dottor Faronato. senza il quale buona parte di quanto abbiamo organizzato e discusso non sarebbe stato possibile, ha lavorato molto in questo territorio e ha dato la propria disponibilità a essere inquadrato nell'azienda sanitaria in qualità di volontario, offrendo un contributo significativo a questo percorso. Gli affido pertanto la moderazione di questa sessione e lo invito a chiamare i relatori e a coordinare i lavori.

Esperienze a confronto

Moderatore: Dott. Pietro Paolo Faronato, Coordinatore Progetto "Salute Oltre la Città" ULSS 1 Dolomiti

Questo è ormai divenuto un momento strutturale nel format dei nostri percorsi: un'occasione di confronto con altre realtà che condividono le problematiche del nostro territorio. Non è un caso che il titolo sia "Salute oltre la città" e non "Salute in montagna".

Stiamo infatti parlando di quei territori che si trovano lontani da una stazione ferroviaria, da un casello autostradale, da un ospedale; territori nei quali, come riportano quotidianamente le cronache, chiude un ufficio postale, una banca, una scuola. Non si tratta di territori marginali: come ha accennato il professor Brusaferrò, queste aree interne comprendono il 50% dei comuni italiani. Pur essendo piccoli, rappresentano la metà dei comuni e il 25% della popolazione nazionale. Il percorso che qui si avvia non si

limita all'arco alpino, ma interessa anche l'Appennino, gran parte della Sardegna, come illustrato nella diapositiva del professor Brusafarro.

Un'ultima considerazione prima di dare la parola ai relatori: da questi territori vi è molto da apprendere e sperimentare. Se si osserva l'evoluzione demografica del Veneto e della provincia di Belluno, si notano due linee parallele che convergono verso l'invecchiamento. La provincia di Belluno anticipa di 10-15 anni l'evoluzione demografica del Veneto. Se si vuole comprendere come sarà il Veneto tra quindici anni, è sufficiente osservare Belluno. Questo risponde anche alla domanda posta dal presidente della conferenza dei sindaci circa la difficoltà di coprire i posti di operatori socio-sanitari o di scuole per infermieri. Le ragioni sono molteplici, ma una è che da quindici anni a questa parte, in queste aree, non sono nati abbastanza giovani, e trattandosi di percorsi rigidi, sarà difficile colmare il divario. Occorre dunque immaginare modelli nuovi.

Per comprendere come si muovono altri territori, invito il dottor Massimo Melo, medico palliativista di origine e attualmente direttore dell'Unità Operativa Cure Primarie della Provincia Autonoma di Trento, Distretto Est, che comprende anche Primiero e Valsugana, a illustrare l'esperienza trentina sul territorio. Grazie.

Dott. Massimo Melo, Direttore f.f. U.O. Cure Primarie Est, A.P.S.S. Trento

Ringraziamenti e Introduzione

Ringrazio il dottor Faronato, che fu mio direttore quando lavoravo a Treviso come palliativista. Mi è stato chiesto di proporre un intervento pratico; intendo quindi portare alcuni stimoli e illustrare alcune iniziative attualmente in corso in Trentino. Inizio, come consuetudine, con alcune considerazioni critiche, ma passerò subito agli aspetti pratici.

Spesso si sente affermare che il modello universalistico di accesso alle cure non sia più sostenibile. Le difficoltà organizzative, di personale e la necessità di rispondere a nuovi bisogni, talvolta indotti, sono innegabili. Ulteriori difficoltà emergono, ad esempio, quando mi trovo a leggere una norma – che sia nazionale, regionale, provinciale o anche solo aziendale – e constato che spesso essa è redatta in modo ottimale per la sanità delle città di pianura, mentre la montagna presenta criticità differenti. Il punto, dunque, è se il modello universalistico sia inadeguato o se vi siano altri fattori in gioco. Secondo me, secondo i miei direttori e secondo la nostra visione, non è così.

Riorganizzazione dell'Offerta e Conoscenza della Popolazione Assistita

Certamente esistono problemi da affrontare. Cosa possiamo fare, cosa stiamo facendo? La risposta è riorganizzare. I capisaldi della riorganizzazione dell'offerta sono, a nostro avviso: conoscere meglio la popolazione assistita – e su questo entrerà nel dettaglio –, utilizzare al meglio le risorse disponibili, integrare i servizi, migliorare la comunicazione interna e introdurre innovazioni.

Conoscere meglio significa, innanzitutto, stratificare i pazienti. Abbiamo riscontrato difficoltà in questo ambito, che illustrerò alla fine della presentazione. Se si riesce a stratificare, è possibile realizzare la medicina d'iniziativa e far decollare la modalità di gestione dei pazienti cronici indicata dal Piano Nazionale della Cronicità, ovvero il lavoro in team multidisciplinare e multiprofessionale.

Sfruttamento delle Risorse Esistenti e Integrazione dei Servizi

Il secondo punto è utilizzare al meglio ciò che già esiste. Disponiamo di esperienze virtuose, come quella delle cure palliative in Trentino, e intendiamo trasferire il modello operativo alle cure domiciliari, che, pur essendo "minori" non per dimensione – poiché il numero di pazienti assistiti è nettamente superiore – ma per capacità di presa in carico, necessitano di maggiore attenzione.

Riteniamo che una riorganizzazione dell'attività della medicina generale e della continuità assistenziale, finalizzata al lavoro in team multidimensionale e multiprofessionale, sia fondamentale. Sebbene esistano le

medicines integrate, occorre domandarsi se esse siano realmente organizzate per garantire tale approccio e come siano strutturati i professionisti.

Sarà inoltre necessario avviare e rendere pienamente operative le Case della Comunità. Un aspetto interessante per le aree rurali è l'apertura al territorio delle risorse esistenti. In Trentino, ad esempio, sono presenti 55 Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA): praticamente ogni valle, ogni curva lungo la strada provinciale, ne ospita una. Se queste strutture fossero attive anche per altre attività, potrebbero rappresentare un caposaldo per l'erogazione di servizi sanitari alla popolazione esterna.

Occorre, inoltre, avvicinare la diagnostica strumentale al cittadino, come illustrerò successivamente, e promuovere un aggiornamento delle competenze e delle prassi degli operatori.

Innovazione, Comunicazione e Valutazione Multidimensionale

Particolare attenzione deve essere rivolta alla valutazione multidimensionale, così come alla diagnostica strumentale da portare sul territorio. Introdurre innovazioni significa, per noi, realizzare una trasversalità transdisciplinare, aprendo la geriatria e la pneumologia al territorio, stringendo alleanze con la salute mentale, la riabilitazione e i servizi sociali, e promuovendo una comunicazione efficace tramite la telemedicina, che deve decollare rapidamente.

Ciò che intendiamo perseguire sul territorio consiste nell'integrare questa tipologia di servizi offerti: dalle cure primarie alle cure palliative, ai servizi sociali, alla psichiatria, alla continuità assistenziale, alle medicine di gruppo integrate e al dipartimento trasmurale di geriatria. Tutte queste componenti devono operare in sinergia. Stiamo predisponendo l'organizzazione necessaria a tal fine.

Applicazione Pratica e Sfide Attuali

Procederò rapidamente, poiché avete già compreso che il nostro è un banco di lavoro, un banco che ha messo in campo tali esperienze. Si tratta di trasferire il modello operativo delle cure palliative alla rete clinica delle cure domiciliari.

Storicamente, in Trentino, le cure palliative erano gestite da unità dedicate. Tuttavia, da alcuni anni, abbiamo modificato tale paradigma: ogni ambito territoriale trentino dispone ora di un'équipe infermieristica, la quale, da oltre un decennio, è chiamata a operare anche come unità in grado di erogare servizi di cure palliative. Non è infatti concepibile che l'équipe dedicata di Trento – che peraltro non esiste più, avendo adottato un modello più aperto – si occupi di portare le cure palliative in Val di Fassa o nel Primiero.

È necessario che le équipe siano presenti sul territorio e si rendano autonome. Questo obiettivo è stato perseguito e realizzato. Si tratta di superare la logica della prestazione per abbracciare quella della presa in carico. Nelle ultime diapositive noterete che disponiamo di un numero molto elevato di piani di cura attivi nell'ambito delle cure domiciliari di base.

All'interno di questi piani, vi sono certamente pazienti la cui tipologia di bisogno non è stata adeguatamente intercettata e che necessiterebbero di un aggiornamento del piano di cura. Esistono infatti pazienti ADI che non sono stati identificati come tali; per questo, necessitiamo di nuovi strumenti di valutazione multidimensionale, poiché attualmente operiamo con strumenti piuttosto obsoleti.

Un'iniziativa che abbiamo avviato quest'anno, e che sarà operativa a partire dal prossimo, riguarda la definizione dei criteri ADI. Se si consulta il LEA, risulta piuttosto complesso distinguere tra i livelli base, ossia tra un ADI di primo livello e una cura domiciliare di base; risulta altresì difficile spiegare come dovrebbe essere strutturato il PAI per un paziente ADI di secondo livello, ossia un cronico stabile. Abbiamo lavorato molto per chiarire e fornire definizioni puntuali; il prossimo anno sarà dedicato all'implementazione di tale sistema.

È evidente che la diagnostica strumentale debba entrare a far parte del bagaglio operativo quotidiano di ogni professionista, siano essi infermieri, medici palliativisti, medici di medicina generale o operatori della continuità assistenziale. Abbiamo già svolto attività formative e continueremo a farlo in tutti gli ambiti. Le novità riguardano la trasversalità, la presenza del geriatra e dello pneumologo sul territorio.

Stiamo procedendo in questa direzione. Un'ultima questione riguarda il lavoro sui flussi: risulta estremamente complesso ottenere un flusso di dati pulito. Siamo profondendo grande impegno nella pulizia dei dati, nonostante le notevoli difficoltà, ma nutriamo fiducia nei risultati.

Questo è il resoconto dell'attività relativa al primo semestre del 2024. Come potete osservare, abbiamo 16.000 piani di cura attivi, di cui 12.547, denominati in Trentino ADINF, corrispondono alla cura domiciliare di base, ossia al primo livello dell'EA cura domiciliare. Si tratta di un numero considerevole. È probabile che tra questi vi sia una quota non adeguatamente intercettata; il lavoro dei prossimi tempi consisterà nel dotarsi di strumenti di valutazione multidimensionale per identificare meglio tali bisogni e, di conseguenza, colmare la colonna ADI, che attualmente risulta esigua.

Infatti, l'ADI di secondo e terzo livello presenta numeri molto bassi, il che indica una difficoltà nell'intercettazione. Uno strumento metodologico potenzialmente utile è il seguente: dalla richiesta o segnalazione di caso che giunge al punto unico di accesso, si dovrebbe effettuare una valutazione multidimensionale di primo livello, mediante strumenti di screening che stiamo iniziando a sperimentare. Da tale valutazione deriverebbe una prima, seppur approssimativa, stratificazione del bisogno e del problema di salute, che verrebbe successivamente approfondita con strumenti di secondo livello, fino a giungere al PAI nei casi complessi. Vi sono, infatti, situazioni che presentano un bisogno sanitario semplice o un bisogno sociale semplice, per le quali sono previste procedure rapide e facilitate.

Moderatore

Mi pare che un concetto fondamentale emerso dalla relazione sia quello della tras muralità: occorre abbattere le barriere dell'ospedale.

Gli ospedali non possono più essere delle torri d'avorio chiuse in sé stesse, poiché la necessità di un cambiamento di paradigma anche nei luoghi di cura appare ormai ineludibile. Il secondo relatore è il dottor Franco Pino Brinato, proveniente dalla Valle d'Aosta, altra regione che condivide la nostra struttura orografica. Egli è il direttore dell'area territoriale della Valle d'Aosta, ossia l'area che coordina le attività dei quattro distretti sociosanitari della regione.

Dott. Franco Pino Brinato, Direttore area territoriale Valle d'Aosta

Ringrazio innanzitutto per l'invito. È un momento in cui le realtà montane devono confrontarsi; pertanto, ringrazio Paolo per aver invitato la nostra regione a illustrare la propria organizzazione all'interno di un sistema complesso quale è già il sistema sanitario regionale, ma soprattutto in relazione alle problematiche connesse ai territori più difficili. I dati che presento sono relativi al 2023 e sono stati portati in un master presso l'Università di Torino, cui ho partecipato come discente; si tratta quindi di situazioni in parte risolte, mentre altre criticità permangono e stiamo cercando di affrontarle.

Caratteristiche del territorio e della popolazione

Il progetto riguarda l'organizzazione del territorio secondo le indicazioni del DM 77. Questa è una delle immagini della nostra regione, un territorio fortemente montuoso: circa il 98% dei comuni si trova oltre i 2.100 metri di altitudine. Attualmente la popolazione ammonta a 124.000 abitanti, in diminuzione rispetto ai 126.000 di due o tre anni fa. Purtroppo, la tendenza è in calo e molti di questi sono persone che abbandonano i paesi di montagna. Gli over 65 – fascia d'età cui il DM 77 impone particolare attenzione – rappresentano il 24,7%, una percentuale superiore alla media nazionale, che si attesta al 23%. Queste sono le patologie presenti nella nostra popolazione: coloro che presentano più di cinque patologie costituiscono lo 0,7%.

Organizzazione dei servizi sanitari territoriali

Le patologie maggiormente rappresentate e la loro prevalenza hanno costituito le priorità che abbiamo progressivamente declinato nella nostra organizzazione. Il progetto prevede l'unificazione in due distretti, una COT, quattro Case della Comunità, due Ospedali di Comunità – uno finanziato dal PNRR, l'altro dalla regione. È prevista inoltre la creazione delle AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali), già contemplate dal decreto Balduzzi, e che ora siamo prossimi a realizzare. La trasformazione delle USCA in UCA è un obiettivo

in cui ho personalmente creduto, per realizzare la cosiddetta medicina d'iniziativa, che non può essere attuata esclusivamente tramite i medici di medicina generale, ma anche attraverso le cosiddette unità mobili, ossia le UCA. Ne abbiamo istituite due sul nostro territorio, con personale dedicato – infermieri e medici – nonché infermieri di comunità. La questione più complessa, come illustrerò, riguarda le cure palliative. Finalmente, abbiamo approvato la delibera regionale sulla rete delle cure palliative, ampliato l'hospice da sette a dieci posti letto e implementato tre unità di infermieri dedicati.

Attivazione e funzionamento della COT e criticità dei servizi

Queste sono le Case della Comunità di cui ho parlato; questi, invece, i finanziamenti dedicati. Due di esse saranno consegnate entro la fine di dicembre, mentre sulle altre si registrano alcuni ritardi. La centrale operativa COT è attiva da circa due mesi e abbiamo avviato un percorso leggermente diverso rispetto alla dimissione diretta, in cui c'è la presa in carico soprattutto del flusso dall'ospedale al territorio. Con la COT abbiamo invece implementato i flussi di residenzialità, ossia ospedale-residenzialità, poiché disponiamo di due strutture di cure estensive sul territorio, una da 18 e una da 30 posti letto, nate durante il periodo della pandemia. Dunque, il flusso riguarda la residenzialità, l'ospedale, il territorio e anche il domicilio. In tal modo, la presa in carico del paziente sul territorio è immediata. Le criticità non sono soltanto di natura sanitaria, poiché la risposta è pressoché immediata grazie all'infermiere che si reca al domicilio del paziente, al medico UCA o al medico di medicina generale.

Personale e sfide culturali nell'assistenza territoriale

La problematica principale riguarda i servizi essenziali, i servizi di base, e la carenza di operatori socio-sanitari rappresenta un aspetto rilevante, poiché la presa in carico domiciliare del paziente richiede l'intervento di diverse figure professionali. Attualmente, disponiamo anche di questo servizio, ma è necessario potenziare il servizio SAD sul territorio; soprattutto, occorre un cambiamento culturale, ossia nel rapporto con gli enti locali e con le famiglie. Sono tutti temi fondamentali che completano la catena dell'assistenza. Questo è un dato relativo al 2023: in Valle d'Aosta, fortunatamente, non si riscontra una carenza di risorse economiche; il problema, pertanto, non è di natura finanziaria, bensì, come avviene in tutte le altre regioni, riguarda principalmente il personale e, soprattutto, la cultura. Desidero sottolineare con forza tale aspetto. Le risposte che abbiamo fornito si concentrano proprio su questo punto: il personale infermieristico e la componente medica costituiscono, in parte, una criticità interna. Per quanto concerne i medici, abbiamo investito e, nel 2025, saremo in grado di sostituire integralmente chi andrà in pensione; avremo, infatti, nove medici in più rispetto alle previsioni, grazie a borse di studio alle quali hanno partecipato i nostri professionisti. Tuttavia, per quanto riguarda il personale infermieristico, permangono notevoli difficoltà.

Dal grafico si evince che il numero dei medici è superiore rispetto a quello degli infermieri. Occorre inoltre affrontare il problema dell'emigrazione: oltre alla scarsa iscrizione ai corsi, molti dei nostri infermieri scelgono di trasferirsi all'estero. Questa rappresenta una criticità che dovremo necessariamente affrontare se intendiamo realizzare una medicina d'iniziativa e garantire un'assistenza efficace e puntuale ai pazienti affetti da patologie croniche.

Mi scuso se non tutte le regioni risultano visibili nelle diapositive, ma desidero precisare che, nel 2025, disporremo di un numero di nuovi medici superiore rispetto alle esigenze regionali. La risposta organizzativa a tale situazione è contenuta nella delibera regionale n. 1069 (e n. 1029), la quale racchiude tutti gli indirizzi regionali previsti dal Decreto Ministeriale 77. Il nostro intento è stato quello di adattare il DM 77 alle specificità della nostra regione.

Collaborazioni e prospettive future

Abbiamo già attivato i PUA (Punti Unici di Accesso) all'interno di ciascuna sede sanitaria territoriale. Tuttavia, questo rimane un punto irrisolto: le nostre aspettative erano più elevate. Avevamo bandito un concorso per infermieri, ma le candidature effettive sono state inferiori alle necessità e non hanno coperto il nostro fabbisogno.

Un obiettivo raggiunto riguarda invece il concorso per medici specialisti in epidemiologia, che ha dato esiti positivi. È importante ricordare che, nel 2000, quando assunsi l'incarico di direttore dell'area territoriale, il numero di utenti privi di medico era estremamente elevato. Grazie agli accordi con i medici di medicina

generale, in particolare attraverso contratti a tempo determinato che prevedevano l'assegnazione di mille utenti a chi frequentava il corso di medicina generale e modulando la formazione, siamo riusciti a ridurre notevolmente il problema: attualmente solo 276 utenti risultano privi di medico.

Un altro aspetto rilevante riguarda la collaborazione con i medici di medicina generale, con i quali stiamo portando avanti un lavoro significativo, in particolare sugli obiettivi relativi a determinati percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali, quali lo scompenso cardiaco e la BPCO. Su questi percorsi stiamo lavorando anche attraverso la telemedicina, servendoci di una piattaforma non nazionale, ma gestita direttamente da noi. Un altro elemento di rilievo è la riorganizzazione della cosiddetta continuità assistenziale, settore nel quale si registra una carenza di medici strutturati, con conseguente frequente avvicendamento. Abbiamo cercato di coprire il territorio modulando la presenza in base alla stagionalità: la nostra è una regione ad alta vocazione turistica e, dunque, adattiamo la copertura delle sedi in funzione dei flussi turistici.

Abbiamo inoltre previsto incentivi economici per favorire la medicina d'iniziativa e, soprattutto, per evitare lo spopolamento dei paesi di montagna. Tali incentivi sono destinati ai medici di medicina generale che si rendano disponibili ad aprire ambulatori nelle aree più disagiate. Come accennato, modulando la formazione e l'assistenza, abbiamo risolto il problema della carenza di medici sul territorio.

Per quanto riguarda i progetti futuri, le AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali), che nel 2023 erano ancora in fase progettuale, sono ormai una realtà: abbiamo raggiunto un accordo con i medici di medicina generale e regolamentato le AFT, prevedendone una per ciascuna Casa della Comunità e due nella Comunità di Aosta, la più popolosa. Le AFT sono caratterizzate da strategie diversificate e comprendono sia medici a ciclo unico, sia medici a ciclo orario e a ciclo di scelta, con il supporto delle UCA (Unità di Continuità Assistenziale).

Inizialmente, quando si discuteva di Case della Comunità e della riorganizzazione della medicina generale, la popolazione manifestava perplessità, temendo che l'assistenza territoriale venisse concentrata esclusivamente nelle Case della Comunità. Al contrario, le Case della Comunità rappresentano sì un luogo di cura, ma si è voluto mantenere la presenza degli studi medici diffusi sul territorio, valorizzando la rete dei professionisti.

Abbiamo adottato un modello flessibile, privilegiando l'associazione tra medici e promuovendo la medicina d'iniziativa, anche attraverso unità mobili. Il medico di medicina generale attiva le unità mobili laddove non sia in grado di dare una risposta ai bisogni del paziente.

Moderatore

Ringrazio il dottor Brinato anche per essersi arrivato dalla Valle d'Aosta fino a qui. Nella relazione del dottor Brinato ho riscontrato problematiche analoghe a quelle che viviamo noi, ma anche alcune soluzioni. In particolare, desidero citare quella delle unità mobili, che hanno saputo mantenere le strutture create durante l'emergenza Covid, come l'USCA. Ritengo che l'idea di unità che portino gli specialisti a domicilio possa essere meritevole di attenzione.

L'ultimo intervento è affidato al dottor Guido Giardini, anch'egli proveniente dalla Valle d'Aosta. Il dottor Giardini è un clinico, primario neurologo, ma ha anche ricoperto il ruolo di direttore sanitario ed è presidente della Fondazione Montagna Sicura. Permettetemi una breve riflessione.

Si parla spesso di montagna, ma talvolta si trascura la figura di chi in montagna vive stabilmente. Quando si discute di "Montagna Sicura", il primo pensiero va alle misure per evitare incidenti in alta quota. Tuttavia, come abbiamo sentito stamani, vivere in montagna comporta vantaggi, ma anche rischi.

Il dottor Giardini ci illustrerà quanto la Valle d'Aosta fa per garantire la sicurezza non solo di chi frequenta la montagna per attività sportive, ma anche di chi vi risiede stabilmente. Grazie.

Dott. Guido Giardini, già Presidente "Fondazione Montagna Sicura"

Ringrazio il dottor Faronato per l'invito, così come il direttore generale. Dall'inizio di quest'anno sono tornato a dirigere il reparto di neurologia del nostro ospedale, nonché il Centro di Medicina di Montagna,

ma nei tre anni precedenti ho ricoperto il ruolo di direttore sanitario dell'azienda. Ho collaborato intensamente con il dottor Brinato all'uscita del DM 77, mantenendo sempre uno sguardo attento sul territorio, anche in qualità di presidente della Fondazione Montagna Sicura di Courmayeur.

Caratteristiche territoriali e importanza della sicurezza

Le vostre montagne sono splendide, presidente Brusaferrò: viste dal palco sono magnifiche. Qui, invece, si vede il Monte Bianco da Courmayeur, salendo leggermente dal paese, magari prendendo la funivia Skyway. La Fondazione Montagna Sicura si trova proprio ai piedi del Monte Bianco. Quando ci si dirige verso la Francia, la Val Veny o la Val Ferret, si incontra la Fondazione. I nostri glaciologi, lo anticipo, sono coloro che monitorano i ghiacciai del Monte Bianco che rischiano di franare sulla Val Ferret, una zona antropizzata con hotel, campeggi, turisti e una splendida pista di sci di fondo. Comprimerete che chiudere la Val Ferret per due giorni in pieno inverno, magari a Natale o Capodanno, ha un impatto economico rilevante, che tuttavia deve essere bilanciato con la sicurezza. Il ruolo dei sindaci, in questo contesto, è estremamente delicato. Mi limito a ribadire quanto già illustrato dal dottor Brinato.

Popolazione, turismo e organizzazione sanitaria

La nostra è la regione più piccola d'Italia; la popolazione, a luglio, era quella che vedete indicata. Il dottor Brinato ha ragione nell'affermare che è in diminuzione; la densità abitativa è la più bassa d'Italia: la provincia di Belluno conta cinquantacinque abitanti per chilometro quadrato, noi trentasette. Tuttavia, registriamo tre milioni e mezzo di presenze turistiche. Il territorio riveste, dunque, un ruolo fondamentale. L'ospedale non può sostenere un'affluenza come quella che si verifica a Natale, Pasqua e Ferragosto. È quindi essenziale il ruolo del territorio. Siamo centoventicinquemila residenti, ma il 10 agosto la popolazione in valle raggiungeva un milione e duecentomila persone. Immaginate l'impatto su un unico presidio ospedaliero, situato al centro della regione.

Mi pare che la provincia di Belluno ne abbia cinque, se non erro, e ciò è giustificato anche dalla conformazione territoriale. La nostra regione è suddivisa in quattro distretti, che diventeranno due; dispone di un servizio di elisoccorso e di un unico numero di emergenza, il 118. Pur essendo una regione di dimensioni ridotte, vanta una lunga tradizione di autonomia.

Autonomia regionale e sfide della montagna

Credo che, in questo ambito e in questa sede, sia possibile affrontare con serenità il tema dell'autonomia. La regione Valle d'Aosta gode, sin dal Medioevo, di un'autonomia di matrice francofona, sancita dalla Carta Costituzionale. Vi sono quattro distretti; senza voler entrare nel merito, è certo che, nelle regioni montane, le dimensioni dei distretti non possono essere assimilate a quelle delle città, poiché su un territorio molto esteso si contano, talvolta, quindicimila abitanti, come avviene da Aosta al Monte Bianco, dove originariamente esisteva il distretto del Monte Bianco.

La Valle d'Aosta comprende settantaquattro comuni, dei quali uno soltanto, Aosta, supera i cinquemila abitanti, contando trentacinquemila residenti; tutti gli altri comuni hanno popolazione inferiore. La vera sfida, dunque, consiste nella gestione del territorio. Un esempio significativo è rappresentato da un piccolo paese, situato sulla strada verso Cervinia, denominato Chamois, raggiungibile esclusivamente tramite funivia. Qui risiedono pochi abitanti, la popolazione è in diminuzione e si registra una prevalenza di anziani; ciò comporta notevoli difficoltà nella gestione dei servizi sanitari, soprattutto nei periodi non turistici, come ottobre e novembre.

Cambiamenti climatici, medicina di montagna e reti collaborative

La gestione del territorio assume, pertanto, un'importanza cruciale, anche in relazione ai cambiamenti climatici, tema che mi è stato richiesto di trattare brevemente dal dottor Faronato. La situazione attuale delle aree montane è estremamente complessa, come tutti possiamo constatare. In alcune zone, quali Courmayeur e Cogne, i cambiamenti climatici stanno incidendo in modo significativo anche su territori che, in passato, non erano mai stati interessati da fenomeni alluvionali o franosi.

A proposito di Cogne, tristemente nota anche per eventi di cronaca, desidero ricordare che nel 2017, quando ricoprivo la carica di Presidente della Società Italiana di Medicina di Montagna, si è tenuto un incontro di due giorni, durante il quale è stata redatta la cosiddetta "Carta di Cogne", ovvero la prima carta etica della medicina di montagna. Pur antecedente alla pandemia da Covid-19, tale documento sanciva una

serie di regole, pratiche e raccomandazioni su ciò che la medicina in montagna dovrebbe perseguire. La medicina rappresenta un volano per lo sviluppo dei territori montani.

Oggi i turisti si informano tramite internet e difficilmente scelgono di recarsi in un territorio privo di adeguate garanzie di sicurezza sanitaria. L'accesso alla banda larga è indispensabile in queste aree, come dimostrato durante la pandemia, quando molte persone si sono trasferite in località come Cogne per svolgere attività di smart working, come sottolineato anche dal dottore della Luxottica. Le principali criticità e sfide delle aree montane sono, dunque, la distanza dai grandi centri urbani: ad esempio, uscendo da Aosta, si trova l'indicazione "Torino 120 chilometri", che rappresenta la prima grande città dotata di un hub.

Come ripeto spesso, in alcuni ambiti siamo un hub per necessità. I numeri relativi ad alcune patologie non ci favoriscono; tuttavia, il Piano Nazionale Esiti ha registrato risultati molto positivi, anche in ambiti, come infarto e ictus, nei quali non disponiamo dei numeri necessari per essere riconosciuti come hub. Le vie di comunicazione costituiscono un ulteriore elemento di criticità: attualmente la linea ferroviaria è chiusa per tre anni per lavori di manutenzione, il traforo del Monte Bianco è chiuso per tre mesi e l'autostrada risulta la più costosa d'Italia. In sostanza, raggiungere Aosta equivale quasi a dovervi essere paracadutati; tuttavia, sono in corso interventi di ammodernamento.

Le reti informatiche sono di fondamentale importanza, come ampiamente discusso, così come l'attrattività delle risorse umane, che rappresenta la principale criticità. Il dottor Faronato mi ha invitato a soffermarmi brevemente anche su questo tema: da quindici anni, presso l'ospedale, è attivo un Centro di Medicina di Montagna, dove sono stati visitati tutti gli operai impegnati nella realizzazione della nuova funivia del Monte Bianco. Il rifugio Torino nuovo, visibile nell'immagine, è stato raggiunto tramite tre livelli di cantiere; il livello più elevato si trova a 3.600 metri, dove una ventina di operai hanno lavorato, non costantemente ma con frequenza, in condizioni di carenza di ossigeno pari a un terzo rispetto al livello del mare.

Nel nostro ambulatorio sono stati visitati tutti gli ottanta operai, fornendo poi indicazioni ai medici del lavoro su come stratificare e differenziare i cantieri in base alle condizioni fisiche. Le condizioni climatiche estreme rendono il lavoro in montagna un tema di primaria importanza. Mi avvio alla conclusione, riservando eventualmente spazio per ulteriori approfondimenti.

La Fondazione Montagna Sicura, che ho presieduto, si occupa di numerosi aspetti legati alla montagna, con la missione fondamentale di sviluppare e diffondere una cultura della sicurezza in ambiente montano. Vi operano glaciologi e nivologi, questi ultimi responsabili della redazione del bollettino neve e valanghe per tutta la Valle d'Aosta. Si studiano i cambiamenti climatici, anche in collaborazione con colleghi francesi e svizzeri, nell'ambito di progetti europei.

Vengono approfonditi gli aspetti relativi alle valanghe, al rischio idrogeologico e, ovviamente, alla medicina di montagna. Tuttavia, l'analisi dei cambiamenti climatici è ormai preponderante: il 40% dei progetti europei della Fondazione riguarda tale ambito. Oggi, alcune vie normali di salita sulle nostre cime, anche quelle più semplici, come ferrate e accessi ai rifugi, sono cambiate; spesso, le guide e le informazioni reperibili in rete non sono aggiornate o corrette. Questo rappresenta un ulteriore aspetto del mutamento della montagna e del rischio ad essa associato.

L'ultima immagine presentata riguarda l'Espace Mont Blanc, un'area che comprende diciassette comuni tra Valle d'Aosta, Francia, Alta Savoia e Svizzera, oggi anche unità amministrativa. Si è parlato di rete: i comuni di tre nazioni francofone collaborano per affrontare congiuntamente tutte queste problematiche. Ogni anno si svolge un incontro congiunto di soccorso alpino, che coinvolge guide alpine e medici dei tre Paesi. Si lavora sui cambiamenti climatici, sugli aspetti glaciologici; si consideri che, secondo alcune proiezioni, nel 2100 la cupola sommitale del Monte Bianco potrebbe rappresentare l'unico luogo in Europa dove persisterà il ghiaccio, ovvero sopra i 4.500 metri.

Tale fenomeno costituisce oggetto di attento studio, anche in prospettiva delle future generazioni. Sono tutte tematiche che devono essere affrontate in rete e, così come collaboriamo con i colleghi francesi e svizzeri, ritengo auspicabile lo sviluppo di una rete analoga tra le regioni di montagna, come si sta facendo in occasione di questo incontro. Grazie.

Moderatore

Ringrazio il dottor Giardini per questa interessante relazione. Desidero sottolineare tre aspetti. Il primo riguarda i cambiamenti climatici: occorre iniziare a riflettere sull'impatto che tali mutamenti avranno sulla vita e sull'economia dei territori montani.

Saremo ancora in grado di praticare lo sci sulle nostre montagne tra dieci anni? Non lo so, ma è una riflessione necessaria. Un'altra considerazione riguarda la Carta di Cogne: nel primo incontro abbiamo discusso della Carta di Feltre; si tratta di piccole città che si pongono il problema di conferire sistematicità ad alcuni aspetti. Occorre, tuttavia, comprendere come implementare tali carte affinché non restino mere dichiarazioni di principio. Concludo, infine, con una riflessione che unisce due osservazioni, una del dottor Brinato e una del dottor Giardini.

Il dottor Giardini ha menzionato l'autonomia, sottolineando mille anni di storia in tal senso; il dottor Brinato ha osservato che, fortunatamente, non sussistono problemi economici. La domanda che sorge spontanea è se esista una correlazione statistica tra questi due fenomeni. Lascio ora la parola, o meglio la prende, il dottor Cinquetti per la prossima relazione.

Dal Cuore della Comunità: promuovere la salute con una partecipazione attiva

Moderatore: Sandro Cinquetti, Direttore del Dipartimento di Prevenzione ULSS 1 Dolomiti

La sessione che ora presentiamo si intitola "Dal cuore della comunità": il termine "cuore" si ricollega al tema delle reti tempo-dipendenti e alla promozione della salute mediante una partecipazione attiva. Si parlerà, dunque, di promozione della salute e di prevenzione. Il tutto sarà introdotto dal dottor Manuel Zorzi, amico, collega, igienista e direttore del servizio epidemiologico regionale. La sua esperienza inizia con l'organizzazione dei programmi di screening, in collaborazione con Vettorazzi; tutto ciò che oggi realizziamo in tema di screening nasce da queste menti, si sviluppa con il registro tumori e giunge alla direzione della struttura regionale, la quale fornisce i dati necessari per prendere decisioni. Come affermava il dottor Annichiarico, i numeri sono privi di significato se non vengono utilizzati per decidere: solo allora diventano informazioni. Ho avuto modo di visionare la sua presentazione e invito tutti ad ascoltarla con attenzione, poiché dai dati numerici si possono individuare le tematiche sulle quali la nostra sanità, e più in generale qualsiasi sistema sanitario, deve impegnarsi in modo specifico. Prego, dottor Zorzi.

Manuel Zorzi, Direttore del Servizio Epidemiologico Regionale - Azienda Zero, Padova

Inquadramento demografico della popolazione dell'ULSS Dolomiti

Desidero illustrarvi quattro dimensioni principali, che affronterò a partire da un inquadramento di natura demografica, su cui già molto è emerso nel corso della mattinata. La popolazione dell'ULSS Dolomiti della provincia risulta complessivamente inferiore alle 200.000 unità, distribuita in modo estremamente frammentato sul territorio, in particolare nell'area del Bellunese. A tal proposito, si evidenziano le curve parallele già menzionate dal dottor Faronato.

L'indice di natalità è inferiore rispetto alla media regionale veneta e mostra una tendenza alla progressiva diminuzione. Tale fenomeno non è imputabile a una minore propensione della popolazione locale ad avere figli, poiché il tasso di fecondità, ovvero il numero medio di figli per donna, risulta superiore alla media regionale. Tuttavia, la popolazione femminile in età fertile è quantitativamente inferiore rispetto al Veneto. Pertanto, rispetto a venti o trent'anni fa, non solo non sono nati coloro che avrebbero dovuto diventare operatori sanitari, ma si registra una crescente carenza di fasce di popolazione potenzialmente fertile. Il numero di nati nel 2023 si attesta intorno alle mille unità, con una tendenza alla diminuzione.

Parallelamente, cresce l'indice di vecchiaia, ossia il rapporto tra anziani e bambini sotto i quattordici anni, che mostra un incremento più marcato rispetto alla media regionale veneta, la quale si mantiene in linea con la media nazionale.

Se si considera tale parametro a livello europeo, emergono numerosi interrogativi, alcuni dei quali hanno già trovato risposte. La speranza di vita alla nascita è elevata, sebbene inferiore di circa sei mesi rispetto alla

media regionale; dopo una flessione nel 2020, si è registrata una ripresa, analoga a quella della media regionale. Sarà necessario osservare nei prossimi anni se nel territorio bellunese la curva riprenderà una tendenza crescente. Un dato di cui si è parlato solo marginalmente riguarda la percentuale di popolazione composta da cittadini stranieri residenti: la media veneta si attesta al 10,4%, mentre nel Bellunese il valore è più basso, pari al 6,5%. Tale dato, sia a livello regionale sia provinciale, risulta stabile da almeno un decennio e la composizione per provenienza è documentata.

Stili di vita e comportamenti della popolazione bellunese

Alcune informazioni relative agli stili di vita della popolazione bellunese sono tratte dal sistema di sorveglianza telefonica “Passi”, che raccoglie dati su un campione rappresentativo della popolazione. Tra le informazioni rilevate vi è, ad esempio, l’abitudine al fumo: un quarto degli uomini bellunesi si dichiara fumatore, mentre tra le donne la percentuale è pari al 22%. Il confronto con il dato regionale, evidenziato nella parte sinistra del grafico, mostra una sostanziale sovrapposizione rispetto alla media regionale; tuttavia, si osserva una maggiore incidenza di fumatrici a Belluno rispetto alla media veneta. Si registra una tendenza alla riduzione del fumo, come evidenziato dai dati “Passi” relativi alla media regionale (curva blu). Dopo la flessione del 2020, non è ancora chiaro se a Belluno si assisterà a una ripresa o a una ulteriore riduzione.

Un problema ben noto, suffragato dai dati, è rappresentato dal consumo di alcol, che risulta estremamente elevato e preoccupante. Il consumo di alcol a maggior rischio — che comprende sia il cosiddetto “binge drinking” (ovvero l’assunzione smodata tipica del fine settimana), sia il consumo elevato o fuori pasto — interessa il 42% degli uomini e il 28% delle donne. La percentuale di consumatori di “binge drinking” si attesta a un terzo degli uomini e al 17% delle donne. Il confronto con la media regionale, in una regione già notoriamente vocata alla produzione vinicola, evidenzia come le percentuali siano comunque più elevate sia per il consumo ad alto rischio sia per il “binge drinking”, che risulta quasi doppio rispetto alla media regionale. L’andamento nel tempo non appare incoraggiante, né a livello regionale né, in particolare, per quanto concerne il territorio bellunese.

In controtendenza, l’attività fisica mostra risultati estremamente favorevoli nella popolazione bellunese: solo il 5% degli uomini e il 10% delle donne si dichiarano sedentari. Il confronto con la media regionale evidenzia performance decisamente migliori, sia per quanto riguarda la quota di soggetti attivi tra gli uomini che tra le donne. L’andamento nel tempo è anch’esso positivo, come dimostra la costante diminuzione della percentuale di sedentari. Tuttavia, tale dato non trova riscontro nei parametri relativi all’assetto ponderale: il 40% degli uomini bellunesi risulta in sovrappeso o francamente obeso, così come il 30% delle donne, senza alcuna differenza positiva rispetto alla media regionale. L’andamento, inoltre, si mantiene sostanzialmente stabile negli ultimi dieci anni, senza segnali di miglioramento.

Un dato particolarmente preoccupante, tratto dal sistema di sorveglianza “Occhio alla salute” rivolto agli alunni delle scuole primarie, indica che i bambini bellunesi risultano meno attivi rispetto alla media veneta: si recano meno frequentemente a scuola a piedi o in bicicletta, praticano meno attività sportiva e trascorrono meno tempo all’aperto.

Dati e analisi sulla mortalità

Passando ai dati sulla mortalità, tratti dal registro regionale, nel 2023 si sono registrati 2.444 decessi, le cui cause principali sono riconducibili, come ovunque, alle malattie circolatorie e ai tumori. Il tasso di mortalità maschile risulta significativamente più elevato nel Bellunese rispetto alla media regionale, e lo stesso vale per la popolazione femminile (705 contro 673), con un incremento di circa il 5% in entrambi i sessi rispetto alla media regionale. È tuttavia importante sottolineare che tali indici sono in miglioramento, come avviene in tutte le aziende sanitarie rappresentate, nonché nell’ULSS Dolomiti. La curva nera, facilmente identificabile, rappresenta l’andamento dell’ULSS Dolomiti, con una riduzione sia nei maschi sia nelle femmine; il picco dell’ultimo periodo è attribuibile essenzialmente alla pandemia da Covid-19.

Analizzando le cause specifiche, la mortalità per tumore risulta nuovamente più elevata nei maschi rispetto alla media regionale, e lo stesso si osserva nella popolazione femminile. Si registra comunque una tendenza alla riduzione: quindici anni fa, la mortalità maschile per tumore era prossima ai 500 decessi ogni 100.000 abitanti, mentre negli ultimi tre anni il valore si è attestato ben al di sotto dei 400. Per quanto concerne le

principali sedi tumorali, si evidenzia un eccesso di mortalità per tumore del fegato, dello stomaco e della prostata, con particolare riferimento ai primi due, fortemente associati al consumo di alcol.

Nella popolazione femminile si riscontra un eccesso di tumori polmonari, verosimilmente correlato all'elevato consumo di tabacco. Per altre sedi tumorali, non si rilevano differenze statisticamente significative rispetto alla regione; tuttavia, per il tumore del colon-retto, i valori si collocano tra i più bassi a livello regionale, sia nei maschi sia nelle femmine, rappresentando un punto di forza attribuibile all'efficacia del programma di screening. La mortalità per tumore polmonare è tra le più basse nei maschi, mentre risulta elevata nelle donne, senza una tendenza alla riduzione.

Per quanto riguarda altre patologie cronico-degenerative, si osserva una minore mortalità femminile per diabete e una minore mortalità maschile per malattie cerebrovascolari, mentre la mortalità per malattie epatiche (esclusi i tumori) risulta più elevata in questo territorio. I principali indicatori relativi alle malattie del sistema circolatorio, sia maschili che femminili, sono in linea con l'andamento regionale e mostrano una tendenza alla riduzione, così come per le malattie cerebrovascolari. Invece, le malattie dell'apparato respiratorio presentano valori superiori alla media regionale, soprattutto nei maschi, anche se si osserva una progressiva riduzione, riscontrabile anche nelle donne. Le malattie epatiche rappresentano un ulteriore elemento distintivo per la popolazione dell'ULSS Dolomiti.

Infine, si evidenziano due focus su gruppi di patologie e situazioni particolari: il morbo di Parkinson e la malattia di Alzheimer. In particolare, quest'ultima comporta un numero di decessi inferiore rispetto alla media regionale, con una riduzione significativa nella popolazione femminile. I decessi per cadute e suicidi risultano invece più elevati, sia tra gli uomini sia tra le donne, rispetto all'andamento regionale; in particolare, l'incidenza dei suicidi sembra correlata a una maggiore prevalenza di soggetti assistiti per depressione, senza che si osservi una tendenza alla riduzione della mortalità per suicidio nel tempo.

Incidenza e sopravvivenza dei tumori nel territorio delle Dolomiti

Per quanto concerne l'incidenza dei tumori, secondo i dati più recenti del registro tumori del Veneto (2020), sono stati diagnosticati 1.368 nuovi casi nella popolazione dell'ULSS Dolomiti. Le sedi più frequenti sono la mammella, la prostata, il colon-retto e, tra le prime, si segnala il melanoma cutaneo, che rappresenta un'eccezione sia a livello regionale che nazionale, sia tra gli uomini sia tra le donne.

In linea con quanto avviene nel resto del Veneto, si osserva una significativa riduzione dell'incidenza tumorale negli uomini, in particolare per i tumori del polmone, della prostata e del colon-retto, mentre nella popolazione femminile l'incidenza rimane sostanzialmente stabile. Il confronto tra le sedi tumorali nell'area Dolomiti e il Veneto mostra una minore incidenza di tumori del colon-retto, dato che si può attribuire all'efficacia del programma di screening, e un eccesso di tumori del fegato, della cavità orale (altro tumore correlato all'assunzione di alcol) e di melanoma cutaneo. Nella popolazione femminile si osserva un eccesso di tumori polmonari, pancreatici, della vescica e di melanoma cutaneo, mentre si registra un deficit di tumori della tiroide, aspetto che meriterebbe un approfondimento, qualora il tempo lo consentisse.

Si osservi l'andamento temporale dei melanomi cutanei, che rispetto alla tendenza della Regione Veneto mostra un'accelerazione negli ultimi quindici anni in entrambi i sessi. Tali valori percentuali potrebbero quasi far pensare a un'epidemia, sebbene si tratti di una patologia tumorale non trasmissibile. Tuttavia, l'incremento risulta assai rilevante e non è interamente spiegabile con la maggiore diffusione dei controlli, delle mappature dei nei e simili, che permettono di individuare numerosi melanomi di dimensioni assai ridotte, i quali, in assenza di diagnosi, avrebbero potuto non arrecare mai disturbi al soggetto.

Un ulteriore indicatore di rilievo è rappresentato dal confronto della sopravvivenza a cinque anni per le diverse tipologie di tumori, con particolare riferimento al territorio delle Dolomiti rispetto alla media regionale. È opportuno ricordare che il parametro della sopravvivenza riflette essenzialmente due elementi: da un lato, la capacità di anticipare la diagnosi, poiché una diagnosi precoce comporta una migliore sopravvivenza; dall'altro, la qualità della presa in carico, ovvero l'accessibilità e l'efficacia delle cure.

L'unica differenza significativa rilevata nella popolazione maschile riguarda una migliore sopravvivenza nel caso del tumore gastrico. Nella popolazione femminile, invece, si riscontrano deficit relativamente alla sopravvivenza nei casi di tumore polmonare e pancreatico, due tra le neoplasie più aggressive.

Conclusioni e ringraziamenti

Le conclusioni principali sono già state ampiamente trattate nel corso della mattinata; in particolare, desidero soffermarmi nuovamente sugli stili di vita. Sotto alcuni aspetti, si riscontrano risultati nettamente migliori rispetto alla media regionale, mentre altri elementi richiedono particolare attenzione, poiché si riflettono sull'incidenza di patologie e sulla mortalità, come già illustrato. Pertanto, resta ancora molto lavoro da compiere, non solo per il sistema sanitario, ma per l'intera comunità di questa regione.

Desidero ringraziare i colleghi del Servizio Epidemiologico Regionale per i dati forniti, nonché la dottoressa Erika Bino, in particolare per i dati relativi agli stili di vita della popolazione locale. Ringrazio per l'attenzione.

Moderatore

È motivo di grande soddisfazione poter contare su un direttore giovane del Servizio Epidemiologico Regionale, così pertinente, sobrio, conclusivo, efficace e capace. Tutte qualità pregevoli, che mi rendono particolarmente lieto di questa relazione. Ho ora il piacere di presentare il dottor Alberto Lovat, uno dei miei giovani collaboratori. Egli non è medico, bensì assistente sanitario, laureato in Assistenza Sanitaria, dunque una figura appartenente al comparto.

Abbiamo ritenuto opportuno affidare una relazione di rilievo, in un contesto altrettanto importante, proprio a questa figura professionale, poiché sono gli assistenti sanitari a portare avanti prevalentemente i programmi di promozione della salute, la cui importanza per questo territorio si manifesta sotto molteplici profili. Prego, dottor Lovat.

Dott. Alberto Lovat, Coordinatore Servizio Promozione della Salute ULSS 1 Dolomiti

Colgo l'occasione dai primi relatori di oggi per mostrarvi i determinanti di salute e quanto vadano ad incidere sullo stato di salute di ciascuno di noi. Partendo dal secondo aspetto, vediamo che la genetica, su cui non possiamo intervenire molto, influisce per un 20%, mentre un altro 20% è dovuto all'ambiente. Come evidenziato in precedenza, l'accesso alle cure determina solamente, per quanto importante sia, un 10% dello stato di salute di ciascuno di noi, mentre una percentuale molto elevata, il 50%, è dovuta ai comportamenti che ciascuno di noi può adottare nel quotidiano e negli stili di vita, pensando in particolare ad alimentazione, attività motorie, fumo e alcol.

Sono quindi onorato di lavorare in un servizio di promozione della salute all'interno di un dipartimento di prevenzione, considerando la potenzialità e quanto possiamo fare per migliorare la salute dei nostri cittadini, specialmente nel medio e nel lungo termine.

Vaccinazioni contro l'encefalite da morso di zecca

Una peculiarità del nostro territorio riguarda le vaccinazioni contro l'encefalite da morso di zecca. La provincia di Belluno è considerata una provincia ad alta endemia per la presenza del virus della TBE. Con delibera della giunta regionale numero 612 del 2019, è stata introdotta la gratuità di questo vaccino per i residenti in provincia di Belluno.

Il grafico sulla sinistra mostra l'andamento dei casi di TBE e i casi di Lyme. Quest'ultima patologia non è prevenibile da vaccino, ma dimostra comunque un andamento significativo nell'ultimo decennio. Nel grafico a destra si può osservare il numero di vaccinazioni eseguite per anno nella nostra provincia. Dal momento in cui, nel 2019, è stata introdotta la gratuità, sono aumentate significativamente le dosi somministrate.

Siamo arrivati a 17.000 dosi somministrate nel 2019, 25.000 nel 2020. Nel 2021 eravamo impegnati in altre tipologie di vaccinazioni. Nell'ultimo triennio ci attestiamo intorno alle 17-18.000 vaccinazioni all'anno. È necessario evidenziare che, nonostante lo sforzo organizzativo e operativo richiesto, che non è paragonabile alle altre aziende ULSS, la somma dei vaccini contro la TBE effettuati dalle altre aziende della regione non raggiunge i vaccini che noi somministriamo in un anno.

Esistono tuttavia aree di miglioramento. Le prime dosi tendenzialmente nell'ultimo triennio sono in calo, quindi possiamo lavorare per sensibilizzare i cittadini affinché non vengano soltanto mantenute le vaccinazioni a chi ha iniziato di recente, ma sempre più persone inizino nuovi cicli di vaccinazione.

Prevenzione del melanoma maligno

Un altro tema peculiare della nostra provincia riguarda, come evidenziato dal dottor Zorzi, i tumori, in particolare il melanoma maligno. Stiamo svolgendo un progetto di prevenzione del melanoma maligno principalmente nelle scuole. Le quattro tovagliette mostrate rappresentano disegni che abbiamo chiesto di realizzare agli studenti delle scuole primarie dove organizziamo corsi e programmi di formazione incentrati principalmente sull'esposizione al sole in maniera sicura.

Cosa diciamo a questi studenti? Che il sole fa bene, ma bisogna esporsi in maniera adeguata sia al mare che in montagna, sia d'estate che d'inverno. È necessario utilizzare crema solare, cappellino, occhiali da sole e un vestiario adeguato, specialmente in montagna nel nostro caso.

Questi disegni sono stati stampati su tovagliette per i pasti distribuite alla stragrande maggioranza dei rifugi alpini del nostro territorio, in modo che anche gli escursionisti possano essere sensibilizzati sulla tematica della prevenzione del melanoma in montagna. Trattiamo questo argomento anche durante incontri per la cittadinanza o in eventi speciali come il Treno della Salute, che lo scorso mese ha sostato per due giornate presso la stazione di Belluno e dove, tra le altre tematiche, abbiamo trattato il tema del melanoma.

Il tema del melanoma rientra anche in un altro progetto specifico del nostro territorio che sta assumendo una dimensione regionale: il progetto dei rifugi sani e sicuri. Un rifugio, per essere riconosciuto come tale, deve avere dei requisiti obbligatori, ma tra i requisiti aggiuntivi vi è la disponibilità di creme solari ad alto fattore protettivo e di cappellini che possono essere commercializzati su richiesta degli escursionisti.

Attività motoria e contrasto alla sedentarietà

All'interno del dipartimento di prevenzione abbiamo un'unità operativa semplice dipartimentale di attività motoria. Come evidenziato dal dottor Cinquetti, è nostro interesse mantenere sani coloro che sono sani e mantenere attivi coloro che sono attivi. Abbiamo osservato che i cittadini, specialmente gli adulti e gli anziani, sono sicuramente attivi e continueremo a portare avanti i progetti nelle scuole, ad esempio progetti sull'alimentazione e l'attività motoria, l'attivazione dei pedibus, tutti i progetti in collaborazione con le amministrazioni comunali.

Pensiamo ai gruppi di cammino, ai gruppi di ginnastica dolce, ai percorsi del chilometro al giorno, all'inserimento dei comuni nella rete dei comuni attivi, alle palestre della salute, alle strutture che erogano AFA. Manteniamo anche, riguardo al welfare aziendale, sebbene non ci sia paragone con quello presentato dall'AULSS 8, gruppi di cammino e gruppi escursionistici dedicati ai dipendenti dell'AULSS 1.

Tuttavia, come presentato dal dottor Zorzi, rimane il problema di come intervenire sulla sedentarietà pediatrica. Pur proponendo corsi e programmi dalle scuole dell'infanzia fino alle scuole superiori, una delle proposte potrebbe essere quella di migliorare l'accessibilità agli sport organizzati che non siano soltanto gli sport invernali. Si pensi alla difficoltà che le famiglie che abitano nei comuni con meno di 5.000 abitanti possono avere nel portare i propri figli a svolgere questi sport organizzati, considerando gli spostamenti necessari.

Contrasto al fumo di tabacco e al consumo di alcol

Riguardo al contrasto del fumo di tabacco e del consumo di alcol, esistono attività rivolte alle scuole, ambulatori per smettere di fumare e gruppi per smettere di fumare, attivati di recente. Gli operatori sanitari sono formati per svolgere counseling motivazionale riguardo a queste due tematiche nell'attività ambulatoriale quotidiana.

Esiste il programma proposto dal SERT, molto riconosciuto e noto, che è il camper "Fuori Posto", parte di un programma nazionale dove le unità mobili si spostano nei luoghi del divertimento. Nell'immagine centrale si vede, per esempio, il camper posto in una piazza dove quella sera si svolgono attività di sensibilizzazione sul tema dell'alcol, inclusi alcol test. Nell'immagine a sinistra si osserva il camper del SERT che in questi giorni è presente presso gli stabilimenti di Luxottica per svolgere attività di prevenzione e riduzione del tabagismo per i dipendenti.

Specialmente per il tema del contrasto del consumo di alcol, è necessario evidenziare che le dimensioni del problema sono enormi, come mostrato dal dottor Zorzi, rispetto alle forze che sono state messe in campo. Sarà necessario trovare una strategia interistituzionale che coinvolga la sanità, le municipalità, le associazioni di volontariato e i luoghi di lavoro per sradicare questo pensiero quasi positivo nei confronti dell'alcol, questo pensiero in cui l'uso e l'abuso dell'alcol viene normalizzato o addirittura pensato come una specificità di certi territori.

Invecchiamento e prevenzione delle cadute

Riguardo all'invecchiamento, il dottor Zorzi ha mostrato come i tassi di natalità e di anzianità siano preoccupanti nel nostro territorio. Stiamo svolgendo corsi e percorsi di educazione alla salute denominati "Verso l'argento" e ci stiamo attivando per organizzare corsi di prevenzione delle cadute nell'anziano. L'immagine a sinistra rappresenta un'extrapolazione del calendario incentrato sulla prevenzione degli incidenti domestici, tra cui la prevenzione delle cadute nell'anziano.

A breve pubblicheremo video-pillole realizzate in collaborazione con case di riposo sulla prevenzione delle cadute. Nei reparti ospedalieri sono presenti poster con le dieci regole per evitare le cadute. Per affrontare questo tema molto ampio dovremo lavorare su politiche a sostegno della genitorialità e della natalità, per valorizzare l'ambiente montano e contrastare lo spopolamento della montagna. Sarà necessario agire su un invecchiamento attivo e in buona salute, affrontando il grande capitolo del contrasto della solitudine della popolazione anziana.

Screening oncologici e collaborazioni

Riguardo agli screening, la copertura e i tassi di adesione per i tre screening organizzati (screening mammografico, screening della cervice uterina e colon-retto) sono molto buoni, se non superiori rispetto alla media regionale, a parte una piccola differenza sulla copertura per lo screening colon-retto che risente di una cadenza biennale dell'invito. Negli anni dispari è generalmente leggermente più basso, ma abbiamo verificato come sia comunque molto efficace nel prevenire e individuare in fase precoce queste tipologie di patologie.

Promuovere la salute con una partecipazione attiva: tutti questi progetti sono resi possibili grazie a una collaborazione intra-aziendale all'interno dell'AULSS 1 di tutti i servizi, ma soprattutto grazie alle collaborazioni extra-aziendali, in primis le amministrazioni comunali, l'ufficio scolastico territoriale, tutte le associazioni e le associazioni di volontariato, i circoli per l'anziano e molti altri.

Verso la conclusione, esistono ulteriori aree di miglioramento dove servono nuove strategie preventive, pensando a tutta l'area della salute mentale. Un altro capitolo da affrontare può essere rappresentato dalle intossicazioni da monossido di carbonio, legate alla combustione in casa tramite stufe non idonee, e tutto il grande capitolo dei traumi da traffico che spesso sono collegati al consumo di alcol.

Insieme è Meglio: Sfide e Successi nella Cooperazione tra Professionisti Sanitari

Moderatore: Alessio Gioffredi, Direttore Distretto Socio Sanitario Belluno, ULSS 1 Dolomiti

Buon pomeriggio a tutti e buon rientro. Dopo la pausa riprendiamo con la seconda sessione. Permettetemi di dire che gli interventi di oggi sono stati veramente qualcosa di particolare.

Anche se non è più tra di noi, volevo ringraziare per il suo intervento il professor Brusaferrò, perché l'intervento ha veramente rispolverato quei pilastri che fanno parte della salute, del concetto di salute esteso a tutte quelle determinanti che spesso, purtroppo, abbiamo anche trascurato. Non nascondo che il suo intervento mi ha entusiasmato personalmente, e mi ha fatto anche ripensare al fatto che tra non molto tempo il mio lavoro sarà finito. L'entusiasmo è stato tale che ho pensato che se quei pensieri si dovessero trasformare in azione, come mi auguro, veramente in ognuno di noi dovrebbe crescere l'entusiasmo nel fare ciò che facciamo tutti i giorni, sia pur con fatica.

Colgo l'occasione per ringraziare soprattutto la categoria dei medici di medicina generale. Vi prometto che è l'ultima volta che nominerò il medico di medicina generale proprio come etichetta, perché ormai dovrebbe essere in disuso. Preferisco che nei prossimi mesi si parli di medico specialista del territorio, non di medico

di medicina generale, perché è quello cui noi dobbiamo tendere: formare queste figure specialistiche sul territorio. Tutti dobbiamo contribuire a questo obiettivo.

Richiamo tutti, qualunque figura che è seduta al tavolo, che può essere un professionista oppure un amministratore locale, ad un'assunzione di responsabilità, ad una corresponsabilizzazione nell'ottenere quello che ci prefiggiamo attraverso questi incontri.

Volevo ringraziare la categoria perché sta attraversando un periodo difficilissimo e spesso anche la popolazione stessa nei loro confronti non ha atteggiamenti positivi. Questo mi dispiace tantissimo perché vi assicuro che la categoria di medicina generale opera sul territorio e presidia il territorio nei punti più lontani con tante difficoltà. Mi sembrava l'occasione giusta per spendere questa lancia al loro favore, perché mi occupo di territorio da più di trent'anni e so quello che fanno e come lo fanno, con quale passione, ma con tante difficoltà.

Forse noi come sistema dobbiamo contribuire insieme a loro almeno ad attenuare queste difficoltà o addirittura eliminarle. Anche loro devono fare la loro parte naturalmente. Parliamo di medicina di iniziativa, spesso questo termine è stato richiamato, ma per fare la medicina di iniziativa dobbiamo metterli nella condizione di poterla fare.

Anche noi come sistema dobbiamo collaborare al fine di ottenere lo stesso risultato. Ritengo che sia indispensabile la collaborazione, con un'assunzione di responsabilità reciproca da parte di ognuno. Solo così possiamo sperare che quei presidi che sono a livello territoriale effettivamente svolgano il loro lavoro nel modo migliore.

Noi ci dobbiamo sentire responsabili tanto quanto loro, perché abbiamo un obiettivo comune: quello di risolvere i bisogni della popolazione e soprattutto i bisogni che cambiano. Se vogliamo che questo sistema rimanga sostenibile e soprattutto pubblico, ritengo che la sostenibilità può essere assicurata soltanto con una sfida nei confronti della cronicità fatta nel modo più opportuno. La sfida è sulla cronicità.

Chi, meglio dei medici di medicina generale o dei medici che mi auguro diventino i medici del territorio specialisti, possono aiutarci in questo?

Invito il dottor Cancian sul palco per sentire la sua esperienza, il bagaglio di conoscenza che si porta dietro, perché da tanti anni si occupa anche come coordinatore di una medicina di gruppo. Immagino che proprio in quel luogo fisico, che non deve essere solo luogo fisico ma luogo dove le competenze cambiano e vanno affrontate in un modo anche diverso, a partire dalla formazione, che non può rimanere legata ad una formazione che continua a ricalcare le vecchie conoscenze.

I medici adesso hanno bisogno di sapere cosa fare e come farlo. Mi riferisco anche al discorso che riguarda le tecnologie, perché noi come sistema glielie forniamo, ma dobbiamo metterli nella condizione di sapere come si usano. Non bisogna limitarsi soltanto a rispolverare le vecchie conoscenze: la conoscenza deve andare oltre, sul come si fa, sul come si agisce. Al pensiero deve corrispondere sempre l'azione.

Maurizio Cancian, MMG ULSS 2 Marca Trevigiana

La Trasformazione della Medicina Generale: Sfide e Opportunità

Grazie per questa appassionata introduzione che viene dall'esperienza. Ringrazio prima di tutto Sandro Cinquetti e il dottor Faronato che hanno voluto invitarmi per portare questa esperienza in questa giornata veramente speciale, sia per la cornice che per i contenuti che sono emersi.

Stamattina si sono affrontati tanti aspetti di carattere organizzativo. Non si è parlato ancora di che cosa ci aspettiamo che possano apportare come valore aggiunto i medici di famiglia nella prospettiva del futuro, perché stiamo parlando di una riorganizzazione che, per quanto ci riguarda, dovrebbe essere una rifondazione. Sono trascorsi ormai vent'anni da quando c'è una insistente richiesta di rivedere il percorso formativo di formazione specifica, di formazione continua, ma anche il percorso istituzionale che tuttora non ha nel suo interno un riferimento tecnico di governance clinica per la medicina generale, che continua ad essere governata attraverso strumenti di tipo normativo e burocratico.

Se non si riduce la difformità organizzativa e l'eterogeneità clinica rispetto alle competenze, proprio perché andiamo a lavorare in un mondo multiprofessionale con operatori che stanno maturando competenze

importanti nel lavoro sul territorio, definire i rispettivi perimetri, gli ambiti e le competenze diventa fondamentale per integrarsi e lavorare al meglio.

L'annuncio di quello che stiamo vivendo parte da molto lontano in realtà, e a queste previsioni si è aggiunta la tempesta del Covid che, insieme alle transizioni che sono già state citate, ha cambiato in maniera radicale e drammatica quello che è il bisogno e la domanda di salute della nostra popolazione.

È cambiato in maniera drammatica un numero che può sembrare banale: posso dirvi che la metà dei miei assistiti ha una malattia inguaribile, ma curabile. Inguaribile vuol dire che vivrà con questa malattia o con due, tre, quattro malattie per tutto il resto della propria vita. La sfida, come è stato detto stamattina dal professor Brusaferrò, è come vivere al meglio anche in situazioni in cui abbiamo un problema di salute che si può gestire. Per gestirla bene abbiamo bisogno di una forte alleanza tra il medico e il paziente per lavorare insieme, perché buona parte delle cose che si possono fare come obiettivi di salute le deve fare il paziente.

L'Esplosione dei Carichi di Lavoro e le Nuove Competenze

Con queste transizioni progressive sono esplosi i carichi di lavoro in maniera drammatica, ma purtroppo sono esplosi soprattutto i carichi di lavoro di tipo gestionale. Avendo tantissime persone che hanno bisogno di ripetere periodicamente le terapie, di fare un follow-up, di discutere della propria situazione, di poter valutare eventuali effetti collaterali e l'efficacia delle terapie, tutta questa grande domanda non ha trovato una risposta adeguata continuando a lavorare in maniera monoprofessionale.

Tutta la letteratura mondiale del mondo occidentale dice che buone cure primarie, una buona medicina generale allunga la vita e allunga la vita in salute, oltre a contribuire in maniera determinante a dare equilibrio al sistema.

Siamo arrivati a 74 cartelle aperte mediamente al giorno: se ci diamo dieci minuti ciascuna, facciamo presto a fare i conti. Quella che era una tempesta è diventata uno tsunami. Le aree di lavoro della medicina generale sono la prevenzione, la promozione della salute a livello individuale ma anche di popolazione, le urgenze che non siano emergenze, tutto quello che è inguaribile ma curabile, e il grande mondo della fragilità che non chiamiamo più cure palliative ma è tutto quello di cui hanno bisogno le persone che perdono funzionalità, hanno elevati tassi di multimorbilità e si avvicinano alla fine della vita.

Atul Gawande, che era un consigliere del presidente Obama nonché un professore di chirurgia a Boston, dice che è fondamentale la tecnologia, i dipartimenti di emergenze, i trapianti, ma il rapporto prolungato tra medici di famiglia e pazienti fa davvero la differenza. C'è un continuo rapporto, una continua relazione che permette questa continuità di creare un'alleanza, una relazione di fiducia che poi vuol dire aderenza alle terapie, consigli per gli stili di vita, aderenza ai protocolli e ai percorsi. Vuol dire anche appropriatezza, discriminare tra un'offerta di salute a volte esagerata e quello che invece è appropriato per ciascuno di noi.

Questa parte della relazione di cura è quella che i nostri pazienti ci riconoscono. È vero che c'è una narrazione negativa nei confronti dei medici di famiglia, ma ogni sondaggio oltre l'ottanta per cento della popolazione dice che è la figura più importante di riferimento. Un recente sondaggio fatto con un campione di assistiti dice che la prima cosa che si aspettano è l'ascolto, la comprensione, la chiarezza, la soluzione dei problemi.

L'Innovazione Tecnologica nella Medicina di Famiglia

Oltre alla relazione di cura c'è l'aspetto delle nuove tecnologie che abbiamo a disposizione per migliorare la nostra valutazione clinica. Insieme alle straordinarie armi di anamnesi, storia clinica ed esame obiettivo tradizionale, una diagnostica point of care moderna molto efficace ed efficiente ci aiuta ad essere più bravi e più precisi nel processare un problema quando lo incontriamo.

Un recente studio ha dimostrato in Danimarca che utilizzando una sonda ecografica, non per fare un'ecografia che è un altro mestiere, ma per visitare il paziente insieme al fonendoscopio e agli altri strumenti che abitualmente usiamo, nell'80% dei casi cambiava le decisioni dei medici per quel che riguarda ad esempio polmone e compenso emodinamico.

Anamnesi, esame obiettivo tradizionale, decisione, valutazione con la sonda ecografica di tre parametri, cambio della decisione nell'80% dei casi. Possiamo rinunciare a strumenti di questo genere o dobbiamo

rapidamente appropriarcene in una prospettiva proprio tenuto conto di quello che dicevo all'inizio: metà degli assistiti con malattie croniche?

Ci siamo occupati di scompenso cardiaco come medici di famiglia in questa regione molti anni fa e avevamo dimostrato una prima cosa: che per ridurre i ricoveri ripetuti dei pazienti con scompenso cardiaco non bastava mettere a punto la terapia farmacologica, ma bisognava lavorare sugli altri determinanti, i determinanti sociali. Si ricoveravano di più le persone socialmente fragili, che erano da sole, che sbagliavano a prendere la terapia, che non avevano un supporto familiare economico sufficiente.

Questo studio ha fatto il giro del mondo, adesso ha circa mille citazioni su PubMed, perché risale al 2008 e prevaleva l'idea che lo scompenso cardiaco dipendeva dall'uso o meno dei beta bloccanti. Certamente sì, ma in realtà anche da componenti e determinanti che non riguardano le prestazioni sanitarie, che non devono essere fatte dalle organizzazioni sanitarie, ma devono essere fatte dalla comunità e dalle risorse della comunità per supportare le persone fragili.

Anche la dottoressa Chiara Corti aveva dimostrato operativamente che prendendo in carico precocemente questi pazienti in maniera integrata tra medico di famiglia, infermieri e servizi sociali, si abbatteva il ricovero del 40% e l'accesso ai dipartimenti di emergenza fuori orario in oltre il 60%. Sono lavori veneti, il primo del 2008 e questo del 2015.

L'Esperienza delle Medicine di Gruppo Integrate

Lavoro in una medicina di gruppo integrata da nove anni a Conegliano. Siamo dieci medici e lavoriamo con quattro infermiere part time e sette assistenti di studio part time, per cui c'è un front aperto dalle 8 alle 20, telefono di persona e via mail, ma in realtà la piattaforma di interazione che abbiamo con gli assistenti è veramente molto interessante.

Contare su questa rete integrata, perché parliamo di una medicina di gruppo integrata. Sono circa una settantina nel Veneto le medicine di gruppo integrata che assistono circa il 25% della popolazione, quindi è l'esempio più avanzato che abbiamo in Italia, strutturato su una popolazione ampia di lavoro in team tra medici, infermieri e personale che si occupa della parte gestionale.

Si voleva capire se attraverso un modello di lavoro in team multiprofessionale si permetteva di dare una risposta più efficiente ed efficace a questo straordinario bisogno di assistenza legato alle transizioni epidemiologica, demografica e sociale.

Queste forme organizzative sono state monitorate fino al 2018-2019. I risultati erano molto interessanti perché non c'era un grave incremento dei costi sanitari, se non quelli del personale chiaramente, ma c'era un importante equilibrio di sistema: una capacità di intercettare precocemente le malattie croniche, ridurre gli accessi in pronto soccorso, ridurre i ricoveri ospedalieri senza che la spesa farmaceutica o la domanda di consulenze specialistiche e di diagnostica si impennasse.

Purtroppo, dopo il 2019, siamo stati tutti colpiti dalla pandemia, anche noi siamo stati investiti da vaccini, tamponi, assistenza telefonica antivirali. C'è stato anche un ricambio a livello regionale, per cui quella cabina di regia che aveva monitorato nei primi anni la nostra attività non si è più ricostituita e quindi non abbiamo dati recenti.

Abbiamo sviluppato come Società Italiana di Medicina Generale dei percorsi formativi di audit dati alla mano per vedere come stavano andando le cose. Tutti gli indicatori della cronicità mostravano, se confrontati con i nostri colleghi pur assolutamente bravi e competenti ma che non lavorano in team con infermiera, che la discriminante qui è lavorare o non lavorare in team con gli infermieri, che cambia radicalmente i risultati dei processi di cura.

Riguardo ai diabetici, la stragrande maggioranza delle persone con diabete aveva una glicata registrata, i valori della glicata miglioravano, negli ipertesi migliorava la pressione, tutte le persone con BPCO avevano una spirometria, venivano vaccinate per l'influenza, c'era un lavoro importante sui fumatori nel promuovere l'attività fisica. I dati ci sono e sono veramente estremamente interessanti e confermano quello che la letteratura ci dice.

Lavorando in questo modo modifichiamo in maniera rilevante gli outcome primari di salute, dando un equilibrio generale al sistema. Le prevalenze di insufficienza cardiaca da subito aumentano: non è che

portiamo sfortuna perché i nostri pazienti si ammalano di più, ma li andiamo a cercare attivamente. La medicina di iniziativa vuol dire andare a ricercare attivamente le persone e arruolarle in un percorso individualizzato, personalizzato, perché naturalmente i bisogni sono estremamente variabili.

Molto spesso i pazienti con scompenso cardiaco non hanno solo scompenso cardiaco, ma sono anziani, sono multimorbidi, spesso diabetici o fibrillanti, scoagulati, quindi c'è una presa in carico complessiva dei loro problemi e l'addestramento del caregiver. Lo stesso lo potremmo dire per l'ipertensione arteriosa, la dislipidemia: tutte queste prevalenze sono nettamente aumentate quando lavoriamo in iniziativa e lavoriamo in team.

Abbiamo meno ictus, meno infarti dopo cinque anni, meno melanomi perché si tolgono evidentemente le lesioni precancerose, meno tumori della cervice uterina perché si invita con maggiore efficacia la gente a fare il pap-test con regolarità, ma addirittura abbiamo meno cancri del polmone perché si vedono già i risultati di aver lavorato insieme alle associazioni.

La Certificazione delle Competenze e le Prospettive Future

Abbiamo quasi 1150 pazienti diabetici che vengono visti e richiamati periodicamente ogni quattro o sei mesi a seconda dei loro bisogni. C'è un'attività importantissima degli infermieri che oltre al monitoraggio, ad alcune spiegazioni, all'addestramento del caregiver, al rinforzare i consigli sullo stile di vita che vengono dati dai medici, al verificare che la terapia venga assunta correttamente, fanno un'ispezione del piede e insegnano al paziente e al caregiver l'igiene del piede nel paziente diabetico. Non abbiamo pazienti diabetici amputati, non ne abbiamo neanche uno.

Riguardo ai pazienti con la BPCO, abbiamo scoperto che tutti usavano male i device e con gli infermieri, video alla mano, li abbiamo addestrati a usare bene i device. Queste attività, quella sullo scompenso, è impattante in una maniera incredibile, perché è uno dei cluster di pazienti che maggiormente si ricovera e si ricovera in continuazione se non viene presa in carico in questo modo.

Per l'influenza, abbiamo sfiorato il fatidico 70%, siamo arrivati a 67%. La piattaforma che abbiamo adottato da un anno ha permesso quest'anno finora di avere 2.550 autoprenotazioni, sono 2.550 telefonate o accessi al fronte risparmiati, lasciando le linee telefoniche un po' più libere per i pazienti che stanno male.

Trascrizione: Medicina Territoriale e Innovazione

Le transizioni digitali e l'ambulatorio di vulnologia

Le transizioni digitali possono essere implementate attraverso diverse modalità. I pazienti hanno imparato a utilizzare le nuove tecnologie oppure si avvalgono dell'aiuto di familiari, vicini di casa o nipoti, spesso nativi digitali che forniscono assistenza. Tuttavia, le medicazioni importanti e complesse che eseguiamo su quella popolazione specifica non troverebbero adeguata risposta attraverso questi canali. Il nostro ambulatorio di vulnologia ha registrato un incremento tale da risultare di fatto inaccessibile.

Il distretto fornisce il materiale necessario poiché costituiamo una medicina di gruppo integrata. La nostra nascita è stata possibile grazie all'azione di Paola Parudetti e Lucia Della Torre, presenti oggi e che ho salutato con particolare piacere. Nei primi anni, ogni martedì si teneva una riunione con le cure primarie per continuare a sviluppare la nostra attività e consolidare il nostro operato.

La gestione della fragilità e l'indice di Charlson

Emerge il capitolo relativo alla fragilità, dove il numero di contatti raggiunge i 33-35 contatti annuali in proporzione all'aumento dell'indice di Charlson. L'indice di Charlson rappresenta un indicatore di comorbidità che consente di comprendere il livello di complessità e multimorbidità dei nostri assistiti.

La Società Italiana di Medicina Generale ha pubblicato nel Sistema Nazionale Linee Guida, lo scorso novembre, una linea guida per la valutazione multidimensionale della persona anziana. Per la persona anziana non è sufficiente formulare la diagnosi: è necessario effettuare una valutazione multidimensionale per identificare le perdite di funzionalità. Questa linea guida ha ottenuto l'adesione di 25 società scientifiche, dato che sottolineiamo con legittimo orgoglio, benché permanga la sensazione che il sistema non l'abbia ancora pienamente recepita.

La linea guida per la valutazione multidimensionale

Raccomando la lettura di questo documento, reperibile sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità. Si tratta di 180 pagine frutto di un'accurata ricerca della letteratura mondiale, particolarmente interessanti e ben redatte. La lettura risulta piacevole e auspichiamo che l'istituzione consideri le proposte di innovazione provenienti dalla professione. Attraverso questo sistema è possibile identificare e definire con precisione la popolazione fragile, e spesso è sufficiente intervenire con determinanti non sanitari per modificare il destino di queste persone.

Non è casuale che questa linea guida sia proposta non soltanto al personale sanitario ma anche a tutti i decisori e responsabili di struttura. Questo ruolo di intervento precoce sulla fragilità ci viene affidato dalla Gazzetta Ufficiale e abbiamo cercato di fornire una risposta adeguata. Resta da verificare se il sistema assumerà il carico di questa trasformazione.

La formazione e lo sviluppo delle competenze

Abbiamo organizzato con l'Università di Padova un corso di circa 50 ore denominato "Comprendere e accompagnare l'invecchiamento", che ha riscosso grande successo. Operiamo con le forze di una società scientifica, non rappresentiamo l'istituzione. Porteremo questi contenuti nella scuola di specializzazione, ma rimane aperta la questione di chi li trasferirà nella formazione continua e modificherà le competenze per consentire un'evoluzione delle capacità di ciascuno di noi, al fine di fornire risposte adeguate ai nostri assistiti.

Questo approccio sistemico costruisce una rete territoriale che in Veneto era già in larga misura presente, ma che andremo a perfezionare. Come giustamente osservato dal direttore Anichiarico, mantenere una posizione di eccellenza rappresenta una sfida continua.

La certificazione delle competenze professionali

Esistono margini di miglioramento che riteniamo risiedano principalmente nel collaborare per migliorare le competenze alla luce di nuovi bisogni, nuove tecnologie e nuove possibilità di risposta. La certificazione delle competenze rappresenta un tema fondamentale. Non possiamo più concepire come comunità professionale un avanzamento basato esclusivamente sui titoli acquisiti.

Il possesso di una laurea non garantisce competenza per l'intera carriera professionale. I bisogni, gli strumenti e le abilità evolvono continuamente. Le generazioni precedenti operavano in un contesto in cui i cambiamenti della medicina erano sufficientemente lenti da consentire di concludere la carriera con competenze simili a quelle iniziali. Questo scenario non esiste più.

Come società scientifica abbiamo intrapreso il percorso della certificazione delle competenze, già delineato dal Ministero. L'ente certificatore autorizzato dal Ministero richiede innanzitutto l'elenco delle competenze da certificare. Stiamo certificando medici di medicina generale esperti nella presa in carico dei pazienti con diabete mellito tipo 2, processo che comporta la certificazione di conoscenze, capacità decisionali e abilità pratiche. La certificazione ha durata triennale.

L'implementazione del sistema e le prospettive future

Il sistema può implementare queste innovazioni. L'Azienda Sanitaria di Trento, ad esempio, ha direttamente certificato attraverso il proprio ente certificatore medici di medicina generale esperti nell'approccio palliativo alle persone che si avvicinano alla fine della vita. Questo non significa formare piccoli palliativisti, ma focalizzare e mettere in pratica ciò che possiamo fare per aggiungere valore alla salute dei pazienti in fase terminale.

Il nostro contributo è significativo ma diverso da quello dei palliativisti. Le attività sono complementari ma distinte. Per i palliativisti risulta difficile identificare precocemente un paziente, mentre noi ci troviamo nella condizione ideale poiché accompagniamo quotidianamente questi pazienti.

Per modificare il sistema sono necessari molteplici elementi: visione, risorse, abilità, percorsi formativi di qualità, competenze e incentivi. In assenza di questi elementi si genera frustrazione, ansia, false partenze e resistenze. L'auspicio è che l'esperienza straordinaria e unica in Italia delle medicine di gruppo integrate, che rappresenta il lavoro in team, sia messa a disposizione dei decisori per orientare le scelte e rendere questo modello operativo un patrimonio diffuso. Servono indicatori per monitorare processi ed esiti. Solo

così si ricreerà fiducia, si favorirà la ripartenza e si attireranno i giovani, che vedranno un lavoro strutturato che valorizza le loro competenze e ne riconosce l'impatto sulla salute degli assistiti.

Moderatore

Prima di lasciare la parola al dottor Bortot, desidero fare una breve considerazione. Un cambio di prospettiva è effettivamente possibile e tutti gli ingredienti necessari sono a nostra disposizione. Qualcuno un tempo affermava che chi detiene i dati detiene anche il potere. Sebbene questa affermazione possa sembrare forte, l'importanza dei dati può certamente fornire maggiore consapevolezza a ciascuno di noi per progredire, attraverso l'analisi dei dati e la stratificazione della popolazione secondo livelli di gravità. Questo approccio permette di intervenire come medici di assistenza primaria partendo dalla prevenzione fino all'intervento sulla cronicità e al monitoraggio continuo del paziente, sviluppando concretamente quella medicina di iniziativa di cui tutti parliamo ma che spesso incontra difficoltà nell'applicazione pratica.

Il dottor Bortot ci illustrerà l'esperienza quotidiana di una medicina di gruppo e siamo tutti curiosi di verificare se queste esperienze siano effettivamente valide, come ritengo personalmente. Tuttavia, tali iniziative necessitano di maggiori risorse, in particolare del fattore tempo. Il nostro compito come sistema è garantire ai medici la possibilità di acquisire tempo attraverso una minore burocratizzazione, concentrandosi su chi ha bisogni concreti piuttosto che fittizi, utilizzando il tempo per chi effettivamente ha più necessità. Il patto di comunità di cui si è parlato deve coinvolgere tutti gli attori presenti, dai professionisti tecnici agli amministratori locali, poiché anche il cittadino necessita di informazioni ed educazione sanitaria che non è prerogativa esclusiva dei professionisti ma riguarda tutte le persone.

Fabio Bortot, MMG ULSS 1 Dolomiti

La nascita e l'organizzazione della medicina di gruppo

Ringrazio per l'invito a questa importante platea. Illustrerò la nostra esperienza descrivendo la storia del nostro percorso. Lavoriamo insieme da otto anni e abbiamo iniziato a pensare alla costituzione di una medicina di gruppo integrata circa dieci anni fa. Dopo aver sentito parlare di questa esperienza, ci siamo riuniti per discuterne. Alcuni colleghi hanno successivamente abbandonato il progetto per altri interessi o per mancanza di motivazione al cambiamento. Nel corso di due anni siamo riusciti a realizzare il progetto.

Partiamo dal presupposto che operiamo in una struttura privata. Abbiamo cercato autonomamente la sede e paghiamo un affitto da privati. Non siamo adiacenti a una struttura ospedaliera e inizialmente siamo stati contestati per la vicinanza a una farmacia, aspetto che non consideravamo rilevante. Devo riconoscere il supporto del dottor Faronato che, durante una riunione organizzata con i sindaci di Belluno e Limana e i rappresentanti delle farmacie, ci ha difeso da accuse infondate che sembravano suggerire favoritismi verso particolari interessi. Il suo intervento è stato decisivo per l'avvio della nostra attività.

La struttura operativa e i numeri dell'assistenza

La nostra medicina di gruppo è composta da sei medici di medicina generale, sei segretari e sei infermieri. Al termine di settembre 2024 avevamo in carico 10.963 assistiti, numero che ora supera le 11.000 unità. Questi pazienti risiedono in un territorio che si estende da Ponte Nelle Alpi a Pedavena, da Farra d'Alpago a Valmorel. La superficie coperta dalla nostra attività è di 735 chilometri quadrati, mentre l'intera provincia di Belluno conta 3.678 chilometri quadrati. Dalla nostra sede raggiungiamo 15 chilometri verso nord e 35 chilometri verso sud.

Una particolarità riguarda il fatto che i residenti in questi comuni sono considerati abitanti di zone disagiate. Tuttavia, poiché il nostro studio si trova a Belluno, questi pazienti non risultano in zone disagiate e di conseguenza non beneficiamo del contributo previsto per tali aree. Copriamo quindi 735 chilometri quadrati ma siamo considerati una medicina di gruppo come se operassimo nel centro di Padova.

Nella nostra infermeria vengono eseguite mediamente 290 prestazioni settimanali, che spaziano dalle medicazioni semplici agli interventi di piccola chirurgia, dalle infiltrazioni articolari alle valutazioni previste dai PDTA per scompenso cardiaco, diabete e altre patologie croniche. La segreteria, che rappresenta il nostro front office per tutti i contatti fisici e telefonici, è presidiata da tre operatori per dodici ore al giorno.

Questi gestiscono un carico di lavoro considerevole: il lunedì riceviamo una media di 600 telefonate, mentre negli altri giorni della settimana le richieste telefoniche variano dalle 350 alle 400 chiamate. Con tre linee telefoniche disponibili, risulta complesso fornire risposte immediate, sebbene i cittadini richiedano tempestività assoluta. Le chiamate vengono filtrate dalla segreteria e solo alcune raggiungono direttamente i medici.

L'attività medica quotidiana e gli strumenti diagnostici

Noi medici effettuiamo mediamente circa 30 visite programmate con appuntamento stabilito e gestiamo dalle 25 alle 30 telefonate quotidiane. Questo numero di contatti era già elevato prima della costituzione della medicina di gruppo, ma ora riusciamo a organizzare meglio il lavoro evitando le interruzioni continue che caratterizzavano l'attività individuale. Le telefonate vengono generalmente spostate alla fine della giornata lavorativa, consentendo di svolgere ogni attività con maggiore tranquillità e qualità.

Durante le visite utilizziamo strumentazioni fornite dall'ULSS che ci permettono di effettuare ecografie, elettrocardiogrammi, spirometrie e controlli della coagulazione. Questi strumenti ci consentono di monitorare costantemente l'evoluzione delle malattie croniche e di adottare un approccio proattivo nei confronti dei pazienti, implementando concretamente la medicina di iniziativa.

I vantaggi della medicina di gruppo integrata

I punti di forza della nostra esperienza sono evidenti. Garantiamo l'accesso agli ambulatori per dodici ore al giorno, dalle 8 alle 20, per cinque giorni alla settimana, più due ore il sabato, con la presenza costante di un medico. Questo ci permette di fornire risposte in tempo reale alle necessità di tutti i nostri assistiti e di praticare la medicina di iniziativa, prevenendo gli episodi acuti attraverso il monitoraggio continuo dell'evoluzione delle patologie.

Oltre a fornire un'assistenza di qualità, svolgiamo il nostro lavoro con soddisfazione professionale. Possiamo confrontarci tra colleghi, utilizzare le competenze di tutti i membri del team e valorizzare il lavoro di équipe con infermieri e segretari, che spesso suggeriscono le modalità migliori per organizzare le campagne vaccinali. Quest'anno abbiamo già realizzato una giornata vaccinale completa con mille vaccinazioni. Durante il periodo COVID abbiamo raggiunto numeri straordinari utilizzando tutte le nostre risorse e grazie al sacrificio di tutto il personale, ricevendo riconoscimenti sinceri dalla popolazione assistita.

Le criticità e le sfide da affrontare

Esistono tuttavia alcune criticità. Una di queste riguarda i social media e la comunicazione pubblica. Recentemente un'intervista giornalistica ci ha definiti "medici di base" sostenendo che facciamo poco o niente, provocando reazioni da parte dei colleghi. Abbiamo la coscienza pulita perché lavoriamo al massimo delle nostre competenze e capacità. Sui social network si verificano periodicamente attacchi per i tempi di attesa telefoniche o per gli appuntamenti programmati a distanza di una settimana. Considerati i numeri presentati, è comprensibile che non riusciamo a soddisfare immediatamente tutte le richieste, pur cercando di stabilire priorità appropriate e gestendo sempre le urgenze nell'ambito della giornata.

Un'altra criticità riguarda la resistenza di alcuni colleghi a partecipare a iniziative di medicina di gruppo. Un esempio significativo risale a nove anni fa quando si liberò il piano terra dell'ospedale di Agordo, che venne offerto ai medici della zona per costituire una medicina di gruppo integrata. Nonostante avessi illustrato i vantaggi di avere spazi, infermieri, segretari e ambulatori già disponibili con costi ridotti, non si è concretizzato nulla. Questo dimostra che non sempre le proposte innovative vengono accettate dalla nostra categoria professionale.

L'insoddisfazione di alcuni cittadini per i servizi che non riusciamo a fornire rispetto alle loro aspettative rappresenta un'ulteriore sfida. Infine, i costi rappresentano una criticità significativa. Operando in una struttura privata, sosteniamo tutti i costi di gestione che, alla fine di quest'anno, ammonteranno a circa 50.000 euro da dividere tra sei medici.

Conclusioni e prospettive future

La medicina di gruppo integrata permette di praticare una medicina diversa, caratterizzata dall'iniziativa e dalla possibilità di fornire risposte utilizzando strumentazioni appropriate. I colleghi di Santo Stefano di Cadore e di Longarone, che includono anche la zona dello Zoldano, confermano che non tornerebbero più a

lavorare individualmente nei propri ambulatori. Pur non potendo essere perfetti, il fatto di avere soddisfazione professionale e di fornire le risposte che i cittadini si aspettano fa sì che il medico di medicina generale rimanga operativo sul campo il più a lungo possibile, mantenendo il ruolo di prima linea nell'assistenza territoriale.

Moderatore

Desidero aggiungere alcune considerazioni molto semplici che sono sotto gli occhi di tutti, compresi i colleghi del territorio. Negli ultimi due anni l'azienda ha operato un importante investimento in termini di aree disagiate e disagiatissime, iniziativa che non si verificava da circa trent'anni.

In questo biennio è stata data la possibilità a quasi tutti i colleghi della provincia, ad eccezione di Feltre e Belluno, per problemi naturalmente legati a specifici criteri normativi. L'esclusione di questi due comuni è dovuta alla presenza degli ospedali e a una serie di criteri che li hanno fatti escludere dal programma. L'investimento in termini di zone disagiate e disagiatissime, che comportano una corrispondente compensazione economica specifica, è stato considerevole.

Sono stati realizzati investimenti significativi anche in termini di edilizia, come fanno i sindaci e i presidenti delle comunità montane. Sono attualmente in corso ristrutturazioni che riguardano le sedi periferiche di distretto. Esiste quindi un movimento complessivo e mi auguro che tutto vada a regime, con la volontà da parte di tutti di assumere una posizione propositiva anziché oppositiva.

A conferma di questo orientamento, il direttore generale, appena arrivato, ha fornito a tutti i medici di medicina generale e non solo tutte le apparecchiature necessarie per operare al meglio. Si continua pertanto in quest'opera, incentivando i colleghi che ancora oggi lavorano in modo isolato. Stiamo promuovendo la collaborazione in Agordino, in Alpago e in altre situazioni del distretto Feltrino, affinché lavorino insieme, ritenendo che questa sia la prospettiva migliore per affrontare in termini di assistenza gli obiettivi che sono stati chiaramente esplicitati.

Salute della Mente, Forza della Comunità: Promuovere la Consapevolezza e la Resilienza

Moderatore: Paola Paludetti, Direttore Servizi Socio Sanitari ULSS 1 Dolomiti

Cerchiamo di procedere con gli interventi, chiedendo ai colleghi di guadagnare tempo. Il dottor Cinquetti stamattina osservava che il sole faceva il suo giro giusto per noi. Oggi, mentre salivo da Vittorio Veneto a Belluno per venire al lavoro, alla radio annunciavano che il sole tramonta alle 16.48, per cui cercheremo di comprimere i tempi, scusandoci con i relatori, per onorare l'intervento finale dal titolo "Comunità in azione", che rappresenta la sintesi della giornata e conferma quanto la comunità costituisca un elemento fondamentale per tutte le aree della salute.

I colleghi relatori sono specialisti in psichiatria che hanno il vantaggio di essere, oltre che operatori di sanità pubblica, anche professori universitari e ricercatori. Il professor Amadeo è inoltre un epidemiologo dell'area della psichiatria, quindi uniamo dati utili al sistema con progettualità operative. Fin da stamattina abbiamo discusso di salute e di sistemi innovativi, e quest'area costituisce per noi un elemento molto attenzionato in questa azienda, come del resto in tutta Italia, con un'attenzione particolare perché ci preme investire sull'innovazione per dare una migliore risposta ai nostri cittadini che soffrono in questo ambito.

Il titolo vede "La salute della mente" e non "La salute mentale" perché la salute della mente non è un disturbo ma qualcosa di dinamico, per il quale ognuno di noi può trovarsi ad avere delle difficoltà in un momento della vita. La dedizione a questo tema deve quindi riguardare tutta l'età e tutta la fascia della nostra vita.

Francesco Amaddeo, Professore ordinario Psichiatria Università di Verona

I determinanti della salute mentale e l'approccio integrato

I determinanti della salute mentale sono numerosi, quindi dobbiamo immaginare interventi che riguardino diversi ambiti. Come osservava la moderatrice, la salute mentale non si riferisce soltanto ai pazienti che frequentano i servizi di salute mentale, ma al benessere in generale. L'Organizzazione Mondiale della Sanità afferma che non c'è salute senza salute mentale.

I determinanti sui quali conviene intervenire includono alcune componenti funzionali: avere una buona salute, l'indipendenza, un sistema di assistenza di buona qualità, energie, una buona qualità del sonno. Considerando il territorio in cui ci troviamo, sono molto importanti gli aspetti ambientali: un ambiente favorevole e una buona qualità dell'aria sono componenti fondamentali anche per la salute mentale. Numerosi studi dimostrano che la depressione è legata ad alcuni inquinanti ambientali che hanno un'azione diretta sul sistema nervoso centrale.

Esistono poi determinanti che riguardano gli aspetti sociali: il supporto sociale, la coesione sociale, le reti di supporto, le interazioni sociali e il social engagement, ovvero sentirsi parte di una comunità e lavorare per il benessere di quella comunità. È fondamentale la salute mentale e il benessere psicologico nei luoghi di lavoro. L'intervento del rappresentante di Luxottica ha mostrato esempi eccellenti di interventi possibili nei luoghi di lavoro, patrimonio che dovrebbe appartenere a tutte le aziende, sia pubbliche che private.

Prendersi cura del benessere psicologico e mentale dei propri lavoratori non è solo un impegno sociale: i primi a sviluppare queste attività furono quelli della McDonnell Douglas, i costruttori di motori per aerei, che scoprirono come occuparsi del benessere mentale dei lavoratori aumentasse la produttività.

L'ambiente e i fattori personali nella salute mentale

Gli aspetti personali comprendono l'autonomia, il mantenimento di un buon livello di privacy, la stabilità, gli spazi di riposo, la possibilità di essere attivi e di curare il proprio aspetto. Gli individui si trovano immersi in quello che può essere definito ambiente, che non è soltanto l'ambiente naturale ma anche la comunità nella quale viviamo e ci muoviamo, fino al sistema globale e alle cose che facciamo fatica a controllare.

I cambiamenti climatici hanno un effetto molto importante sulla salute mentale. Molta letteratura oggi si occupa dell'ansia per i cambiamenti climatici che caratterizza i nostri adolescenti e le persone giovani, aspetto su cui dobbiamo sicuramente lavorare.

Scendendo nel dettaglio dei servizi di salute mentale, esistono diverse variabili che possono agire su questo meccanismo: lo status socioeconomico dell'area dove i servizi operano, le caratteristiche del territorio, le caratteristiche individuali degli utenti, l'organizzazione dei servizi, la disponibilità dei servizi e, considerando la zona con caratteristiche particolari in cui ci troviamo, la distanza dai servizi.

Indicatori di qualità e continuità delle cure

Le caratteristiche socioeconomiche hanno un effetto importante sulla salute mentale. Studiando l'incidenza e la prevalenza in base allo status socioeconomico delle persone nei nostri servizi di salute mentale, l'incidenza non cambia, ma cambia la prevalenza. Questo significa che le persone che vivono nelle aree disagiate o in condizioni socioeconomiche peggiori rimangono per più tempo legate ai servizi: la presa in carico di queste persone dura più a lungo. Aumenta anche il numero di ricoveri per chi proviene da aree disagiate, e questi ricoveri durano di più, passando dalle due settimane in media alle tre settimane, a parità di patologia e gravità.

Abbiamo bisogno di indicatori che ci aiutino a valutare la qualità dei nostri servizi. In uno studio europeo a cui abbiamo partecipato, i dati dell'Italia provengono dal Veneto. Un indicatore importante è il tempo che passa tra la dimissione e il successivo contatto con il servizio territoriale, fondamentale per garantire la continuità delle cure per le persone con disagio psichico, evitando interruzioni tra ospedale e territorio.

L'altro indicatore importante è il fenomeno del "revolving door", ovvero i pazienti che vengono continuamente ricoverati. Questo indicatore fornisce un'idea del funzionamento dei servizi territoriali: se un servizio territoriale funziona bene, avrò meno riammissioni; se invece perde il contatto con i pazienti, il numero di riammissioni sarà maggiore. I dati mostrano che in Veneto, dopo 90 giorni, il 30% delle persone ritorna nuovamente in ospedale, dato che deve farci riflettere.

Strategie per il miglioramento dei servizi e l'accessibilità

Lo studio europeo "Refinement" ha identificato gli elementi che migliorano la continuità delle cure: lavorare sulla distribuzione dei servizi sul territorio, ridurre le liste d'attesa, avere una strategia per mantenere i contatti con i pazienti, costruire bene i servizi territoriali, migliorare la collaborazione e la comunicazione tra i servizi, predisporre un piano di trattamento alla dimissione. Il paziente dimesso deve già sapere quale sarà il suo percorso di cura una volta preso in carico dal servizio territoriale.

È necessario evitare le dimissioni contro il parere del medico, avere ticket che non rappresentino una barriera per l'utilizzazione dei servizi e sistemi di finanziamento che favoriscano la continuità. Lo studio ha evidenziato che Italia e Spagna avevano un sistema di finanziamento favorevole alla continuità, grazie ai servizi integrati ospedale-territorio del Veneto, mentre Austria e Norvegia avevano servizi che riducevano la continuità delle cure.

L'accessibilità non è soltanto fisica, ma anche organizzativa: avere servizi che rispondono ai bisogni. Alcuni centri diurni non sono adatti ad attrarre le persone più giovani, essendo diventati servizi per anziani. Dobbiamo conoscere la domanda esistente nel nostro territorio e adattare i servizi di conseguenza. È necessaria la disponibilità di servizi di qualità che i pazienti abbiano voglia di frequentare, considerando anche i fattori fisici e spaziali: disponibilità di trasporti, costo dei trasporti, barriere architettoniche e socio-economiche.

Sulla distribuzione dei servizi si possono condurre studi specifici. È importante che i servizi siano distribuiti in maniera da essere facilmente raggiungibili. Quando i servizi non sono raggiungibili, è possibile raggiungere gli utenti attraverso le tecnologie disponibili: telemedicina, app per terapie e attività, strumenti indossabili per valutare i comportamenti dei pazienti, sensori domestici per interventi di emergenza, app di self-care per l'auto-monitoraggio degli utenti, e tutti gli strumenti che facilitano il rapporto tra utente e servizio.

Nel nuovo progetto obiettivo per la tutela della salute mentale abbiamo discusso dell'uso dei sistemi informativi e delle nuove tecnologie, strumenti indispensabili per il futuro. L'uso di nuove tecnologie comporta rischi riguardo la sicurezza del paziente, ma esistono modi per garantire buoni servizi mantenendo sicurezza e privacy. Queste tecnologie non sostituiscono il contatto diretto con il paziente, ma rappresentano un utile supporto alle attività.

Le linee guida per il trattamento dei pazienti con psicosi, applicabili all'ambito dei servizi psichiatrici in generale, prevedono: trattamento entro due settimane dall'invio, possibilità di ricevere trattamento psicoterapico, preferibilmente terapia cognitivo-comportamentale, interventi familiari per aiutare le famiglie, fornitura adeguata di farmaci con formazione appropriata, programmi di supporto per il lavoro orientati alla recovery piuttosto che alla riabilitazione tradizionale, monitoraggio della salute fisica data l'interazione tra salute mentale e fisica, supporto all'attività fisica e programmi di educazione e supporto per i caregivers.

Gerardo Favaretto, Medico Psichiatra, Consulente ULSS 1 Dolomiti

L'eredità di Franco Basaglia e il concetto di comunità

Buonasera a tutti. Nelle pratiche che riguardano i miglioramenti organizzativi e l'organizzazione del lavoro, si utilizza un allenamento sulla comunicazione che consiste in un discorso da un minuto da fare in ascensore. Non prometto di completarlo in un minuto, ma cercherò di essere conciso.

Se oggi siamo qui a parlare di comunità e di salute mentale, lo dobbiamo a chi negli anni Settanta ha introdotto il concetto di comunità in contrapposizione al concetto di istituzione. Lo dobbiamo a chi ha lavorato contro una logica istituzionalizzante, anonimizzante e omogeneizzante. È mio dovere ricordare la figura di Franco Basaglia, di cui ricordiamo i cento anni dalla nascita e che è stato sicuramente colui che oggi ci permette di discutere questi temi. Franco Basaglia non ha mai sostenuto di possedere la verità, non ha elaborato una sua teoria specifica, ma ha sviluppato una pratica che consisteva nel togliere i bisogni di salute dai luoghi chiusi e porre la questione della comunità.

Il documento di consenso e la definizione di salute mentale nella comunità

È stato costituito un gruppo di lavoro che si è occupato di preparare questo incontro, producendo un documento di consenso che ha affrontato le questioni fondamentali che il professor Amadeo ha illustrato nel suo intervento.

La definizione della salute mentale nella comunità comporta una riflessione su cosa si intende per salute mentale in quella determinata comunità, considerando le sue evoluzioni, le sue trasformazioni e le specificità locali. La comunità si costruisce attraverso le relazioni tra le persone, le sue caratteristiche demografiche e i movimenti economici che la caratterizzano.

Tutto ciò che conferisce significato alla parola comunità esce dal linguaggio specialistico medico e psichiatrico. È necessario ampliare lo sguardo delle persone che si occupano di salute verso quella dimensione sociale. Il sociale rappresenta infatti la natura e l'identità delle comunità e del loro modo di essere.

I valori fondamentali: efficacia e globalità degli interventi

Nel tentativo di organizzare un documento che costituisse anche una proposta per questo territorio, abbiamo deciso di strutturarne intorno ai valori fondamentali. I valori di riferimento sono l'efficacia e la globalità degli interventi. L'efficacia significa realizzare interventi che servono realmente e che sono davvero utili alla salute mentale. La globalità comporta intendere la salute mentale come qualcosa che riguarda le persone fragili in generale, non necessariamente i cosiddetti pazienti psichiatrici, poiché questa è un'etichetta limitante.

Se una persona si rivolge a un servizio di salute mentale, viene etichettata come paziente psichiatrico; se si rivolge a un servizio per le dipendenze, viene classificata come dipendente. In realtà, le persone hanno bisogni articolati, globali, integrati e complessi che richiedono approcci multidisciplinari.

La gestione dell'ospedale, dell'emergenza e il trattamento sanitario obbligatorio

Abbiamo affrontato la questione dell'ospedale e dell'emergenza. Una delle necessità che segnalò per questo territorio è l'implementazione di un protocollo prefettizio relativo alle procedure di trattamento sanitario obbligatorio. Si tratta di uno strumento estremamente problematico e complesso che, in una comunità così ampia e composta da piccoli nuclei, deve essere gestito in maniera uniforme.

Non può essere considerato un evento eccezionale di fronte al quale l'amministratore di turno si trova impreparato. Devono esistere procedure standardizzate che permettano di affrontare queste situazioni, evitando di incorrere in problematiche o incidenti.

L'organizzazione dei servizi territoriali e la prossimità

Abbiamo sviluppato riflessioni sulla prossimità dei servizi e sull'organizzazione territoriale, definendo come devono essere strutturati i Centri di Salute Mentale, le strutture residenziali e le relazioni tra i servizi per la salute mentale. Intendo tutti i servizi: quelli per le dipendenze, per l'età evolutiva, per gli anziani. Tutti sono collegati a una dimensione della salute che è trasversale a tutte le aree di fragilità e disabilità.

La promozione della cultura della salute mentale e dell'inclusione

L'ultima parte del documento riguarda la promozione della cultura della salute mentale e dell'inclusione. È fondamentale parlare di salute mentale e segnalare la necessità di questa dimensione. Dalle relazioni precedenti sono emersi concetti quali relazione, alleanza, interesse, costanza e continuità: questa è la cultura della salute mentale, la responsabilità all'interno della relazione.

Questa cultura deve essere creata, formata e trasmessa agli operatori come opportunità professionale. Gli operatori devono diventare consapevoli del fatto che operano all'interno di relazioni significative. Per ognuno di questi aspetti esiste una definizione dettagliata delle proposte, e chi fosse interessato avrà la possibilità di consultare il documento completo.

Cronici ma Curabili: Approcci Integrati per Migliorare la Qualità della Vita

Moderatore: Lucia Dalla Torre, Direttore Distretto Socio Sanitario Feltre, ULSS 1 Dolomiti

È giunto il momento di chiamare sul palco i colleghi dottor Luisetto e dottor Fornasier. Questa sessione rappresenta, a mio parere, la più impegnativa della giornata. Quando si parla di cronicità, tema che abbiamo affrontato fin dalla mattina, qui stiamo discutendo di cronicità, accompagnamento del paziente e qualità di vita. Stiamo parlando di persone che lavorano nei servizi e che sono al fianco del malato, della sua famiglia, della sua dimensione completa fino alla fine della vita.

Questo contributo è stato concepito come un intervento unitario, in cui i colleghi si alterneranno per declinare i contenuti discussi nel gruppo di lavoro che ha prodotto il documento di consenso dell'Azienda ULSS 1 Dolomiti. Il dottor Fornasier è direttore dell'Unità Operativa Complessa Cure Palliative, il dottor Luisetto è medico di medicina generale esperto in cure palliative e coordinatore regionale della Società Italiana di Cure Palliative. L'Azienda ULSS 1 può vantare cure palliative di rilievo regionale e probabilmente sovregionale.

Giuseppe Fornasier, Direttore UO Cure Palliative ULSS 1 Dolomiti

Introduzione e contesto delle cure palliative

Ringrazio la dottoressa Dalla Torre e tutti i partecipanti, nonché gli organizzatori di questa giornata. Cercherò di essere molto conciso nel trattare un argomento di estrema importanza che si inserisce nel contesto discusso oggi: le cure palliative fanno parte della rete di presa in carico del paziente.

La nostra realtà rappresenta una presenza storicamente significativa per le cure palliative nel territorio. Prima di dare la parola al dottor Luisetto, intendo fare il punto sui provvedimenti più importanti che la Regione Veneto ha adottato nell'ambito delle cure palliative.

Le cure palliative hanno conosciuto negli ultimi anni uno sviluppo importante e un crescente interesse da parte della Regione Veneto, che ha prodotto numerosi documenti, e da parte delle aziende sanitarie. La nostra azienda in particolare si è sempre dimostrata molto sensibile a queste problematiche.

I principali provvedimenti normativi regionali

I tre provvedimenti più recenti che hanno dato un senso importante alla realtà delle cure palliative sono: la DGR 553 del 2018 riguardante il percorso integrato di cura, la DGR 1636 del 2022 sui requisiti per l'accreditamento delle reti di cure palliative, e infine la DGR 993 del 2023 relativa al piano di potenziamento delle reti regionali di cure palliative.

La delibera 553 è stata particolarmente importante per noi e rappresenta un punto di riferimento fondamentale. Questa delibera evidenzia l'importanza dell'individuazione dei pazienti con bisogno di cure palliative. Le cure palliative, inizialmente rivolte prevalentemente ai pazienti con patologia oncologica, si occupano sempre più di pazienti con patologie diverse. La percentuale di bisogno di cure palliative per il rapporto tra paziente oncologico e non oncologico è circa del 40-60%.

L'importanza dell'individuazione precoce dei pazienti

L'individuazione precoce dei pazienti rappresenta un elemento essenziale. Se l'obiettivo principale delle cure palliative è fornire la migliore qualità possibile di vita ai pazienti che si avvicinano al fine vita, quanto prima riusciamo a individuare i pazienti con bisogno di cure palliative, tanto prima possiamo intervenire nella fase finale della loro vita, guardandoli a 360 gradi e permettendo di integrare tutte le potenzialità della rete che vogliamo costruire, insieme a tutti coloro che ruotano attorno al paziente con bisogno di cure palliative.

L'accreditamento delle reti di cure palliative

Un argomento fondamentale è stato l'accreditamento delle reti. Come hanno evidenziato molti colleghi, è importante non essere autoreferenziali. In un ambito come quello delle cure palliative, dove ci sono stati sviluppi anche dal punto di vista scientifico, devono esistere competenze riconosciute che passano attraverso percorsi formativi e una strutturazione del sistema di accoglienza e presa in carico.

L'accreditamento di una rete aziendale rappresenta un aspetto fondamentale per venire incontro ai bisogni dei pazienti. Gli scopi dell'accreditamento sono garantire un'erogazione di cure palliative uniforme sul territorio, aspetto quanto mai importante considerando la vastità del nostro territorio. Quando assisto pazienti nelle zone più lontane, partendo da Belluno verso Cortina o il confine, i chilometri sono numerosi e i pazienti dispersi, ma ciascun paziente ha il diritto di essere assistito tanto in città quanto nelle zone periferiche, tenendo conto che le cure palliative sono LEA (Livelli Essenziali di Assistenza).

L'equità nella gestione e la garanzia di assistenza uniforme sul territorio sono fondamentali, così come l'incremento della presa in carico dei pazienti con bisogno di cure palliative, con l'obiettivo ambizioso per il 2028 di raggiungere il 90% dei pazienti con potenziali bisogni di cure palliative.

Il piano di potenziamento della rete regionale

La delibera della Giunta Regionale 993 del 2023 prevede un piano di potenziamento della rete regionale di cure palliative per l'età adulta e pediatrica. I requisiti di potenziamento riguardano procedure di accreditamento per le reti di cure palliative nell'adulto e nel bambino, la messa a regime di un sistema informativo ospedaliero già operativo nella nostra azienda (denominato SIO), e la definizione di una cartella clinica domiciliare regionale, strumento importante per gestire al meglio le attività assistenziali domiciliari.

Tra gli obiettivi figura la stesura di un documento regionale che favorisce il potenziamento delle cure palliative e permette di fornire alle aziende un ritorno sui risultati del monitoraggio delle attività svolte, suggerendo progettualità organizzative e di riorganizzazione interna dell'attività assistenziale. Si prevede inoltre l'adozione di regolamenti regionali riguardanti gli standard strutturali di funzionamento, compresa la dotazione di personale strutturalmente dedicato al funzionamento di una rete di cure palliative.

La dimensione di rete nell'assistenza ai pazienti

In conclusione, parlare di cure palliative non significa riferirsi a un servizio che si occupi esclusivamente della gestione dei pazienti con questo tipo di bisogni, ma significa entrare nel concetto di rete assistenziale. In questa rete entrano tutti gli attori che stanno attorno al paziente.

Considerando l'importanza della precocità della presa in carico per la qualità assistenziale e per offrire la migliore qualità di vita possibile a questi pazienti, diventa fondamentale una collaborazione stretta con i medici di medicina generale, soprattutto nella nostra realtà territoriale complessa. Il medico di medicina generale rappresenta il primo fronte che conosce i pazienti, li vede e deve essere in grado di valutare i bisogni e identificare i potenziali candidati per una presa in carico che necessita di un approccio palliativo.

A tal proposito abbiamo realizzato percorsi formativi come rete delle cure palliative. È in corso una formazione importante iniziata alcuni mesi fa e che si concluderà a dicembre, coinvolgendo più di 200 persone tra colleghi infermieri, medici di medicina generale e medici ospedalieri, con lo scopo di individuare precocemente i pazienti con bisogno di cure palliative per definire i percorsi migliori per i nostri assistiti.

Giampietro Luisetto, MMG ULSS 1 Dolomiti, Coordinatore Regionale SICP

Obiettivi del Piano Nazionale della Cronicità

Buon pomeriggio a tutti, dottoressa Dalla Torre. Gli obiettivi del piano nazionale della cronicità sono molteplici: migliorare la qualità di vita delle persone affette da patologie croniche, rendere più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza, assicurare maggior uniformità ed equità nell'erogazione dei servizi. Il piano mira inoltre a contribuire al miglioramento della tutela delle persone affette da malattie croniche e a ridurre il peso sull'individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale.

La persona che convive con una patologia cronica ha fondamentalmente tre obiettivi di autogestione: gestire gli aspetti medici della malattia, affrontare i cambiamenti nei ruoli di vita provocati dalla patologia e gestire le conseguenze psicologiche ed emotive della condizione.

Transizione Demografica e Sfide Future

Secondo un recente rapporto dell'azienda speciale consortile Agordina del 2020, si registra un aumento significativo degli ultra settantenni, particolarmente nelle nostre valli. Attualmente si osserva un picco di over 50 che diventeranno over 70 nei prossimi 20 anni, accompagnato da un calo degli under 40. Tra 20

anni assisteremo quindi a una popolazione di over 70 spesso isolati nelle zone montane, privi di caregiver o assistiti da caregiver della stessa età, con evidenti ricadute sanitarie. Si tratta di anziani fragili, multimorbidi e multitrattati.

Stiamo andando verso l'inverno demografico e, a fronte di risorse umane ed economiche sempre più esigue, dobbiamo ottimizzare e valorizzare ciò che abbiamo. Le risorse umane sono ridotte a tutti i livelli: infermieristico, medico, assistenti sociali, psicologi. Anche il volontariato sta invecchiando, rappresentando un'ulteriore criticità. Nelle zone più lontane, dove non è possibile instaurare una medicina integrata, bisogna ottimizzare le figure presenti nel territorio, implementando maggiormente i sistemi di telesalute e telemedicina.

Tecnologie e Assistenza Domiciliare

Le nuove tecnologie possono contribuire a rendere le aree remote luoghi più vivibili, evitando la necessità di percorrere decine di chilometri per fruire di un servizio. Per quanto riguarda i pazienti cronici, è fondamentale potenziare i servizi di assistenza domiciliare: aiuti nelle faccende domestiche, accompagnamento ai centri diurni, distribuzione dei farmaci a domicilio e monitoraggio della loro assunzione. Quest'ultimo aspetto è estremamente importante e comporta evidenti benefici sia per i pazienti sia in termini di risparmio di risorse economiche da reinvestire.

Ruolo delle RSA nella Gestione della Cronicità

Le RSA rappresentano il contesto dove sono maggiormente presenti gli anziani fragili. Le RSA e i centri servizi, con gli opportuni supporti economici, dovrebbero curare la cronicità secondo le esigenze che emergono dalla transizione epidemiologica in atto. Secondo i dati del progetto Mano Amica, seguito da sette anni, l'80% degli anziani ospiti dei centri servizi decede all'interno di queste strutture e dal 35 al 50% di essi muore entro sei mesi dall'ingresso. Questa evidenza di fragilità richiede un cambio di approccio, con maggiore attenzione alla qualità di vita e alla gestione dei sintomi, concentrandosi meno sulla prognosi e sulla durata della vita.

I centri servizi dovrebbero diventare erogatori di servizi sociali, psicologici e sanitari. Centri servizi aperti alla fragilità, specialmente nelle zone limitrofe e nei territori estremi, potrebbero consentire ai pazienti con particolari necessità, come le sedute dialitiche, di trovare risposte in un ambiente protetto e ottenere una prima attenzione ai loro bisogni.

Continuità delle Cure e Approccio Palliativo

Garantire la continuità delle cure è fondamentale attraverso una comunicazione costante tra il centro servizi, l'unità di cure palliative, il territorio e i medici di medicina generale. È necessaria particolare attenzione all'approccio palliativo, specialmente all'interno di queste strutture, con focus sul fine vita.

È in corso una progettazione promossa dall'Associazione Mano Amica per la costruzione di stanze del sollievo o stanze di residenzialità palliativa in alcune strutture del distretto di Feltre. Queste dovrebbero accogliere le persone in situazione di terminalità e potrebbero essere aperte al territorio dove necessario.

Per quanto riguarda i medici di medicina generale, specialmente nelle zone più distanti, la telemedicina e la telesalute rappresentano strumenti fondamentali. È stata avviata una sperimentazione con kit dedicati per seguire i pazienti fragili. La FOCUS potrebbe rappresentare una buona indagine di primo livello negli studi medici, insieme ad analisi cliniche semplificate da implementare durante la visita.

Formazione e Sviluppo delle Competenze Palliative

Nella nostra UvE esistono figure di medici esperti in cure palliative certificati, supportati dalle associazioni Cucchini e Mano Amica. Questi medici potrebbero fungere da consulenti per i centri servizi in sintonia con l'unità di cure palliative, qualora manchi una figura di riferimento per l'approccio palliativo. Una ventina di medici ha partecipato a un corso con particolare interesse per le cure palliative e, se adeguatamente sensibilizzati e formati, potrebbero estendere le cure palliative di base su tutto il territorio, in stretta collaborazione con l'unità di cure palliative.

Come indicato dal dottor Fornasier, insieme alla rete locale è stato organizzato un corso sull'approccio palliativo che coinvolge circa 270 professionisti, dimostrando l'impegno nella diffusione di queste competenze.

Un capitolo numericamente più ridotto ma eticamente ed emotivamente importante riguarda i pazienti pediatrici oncomatologici. Dal 2019 l'unità operativa di pediatria è diventata un centro di riferimento aziendale che dovrebbe servire da modello assistenziale di transizione tra il centro specialistico e il territorio, lavorando anche nell'ambito delle cure palliative pediatriche.

La Regione Veneto ha avviato nel 2023 un corso sulla terapia del dolore per istruttori regionali, specifico per cure palliative pediatriche. Questo avrà un seguito con un corso di formazione aziendale rivolto a tutti i professionisti del territorio.

Prescrizione Sociale e Volontariato

Un input dell'OMS del 2022 ha prodotto un documento sulla prescrizione sociale, attraverso il quale gli operatori sanitari potrebbero mettere i destinatari in contatto con servizi non sanitari per migliorare la salute e il benessere. Questo approccio potrebbe aiutare ad affrontare le cause alla base dei problemi di salute, anziché limitarsi al controllo dei sintomi. L'obiettivo di questo progetto è evidenziare la necessità di alleanze intersettoriali, sponsorizzare forme integrate di organizzazione e garantire un'efficace presa in carico dei pazienti da parte di tutti gli operatori.

Il volontariato e la società civile mantengono un ruolo fondamentale, nonostante l'invecchiamento delle associazioni. Il volontariato ha sempre svolto un ruolo cruciale sia nell'ambito delle cure palliative sia delle malattie demenziali, organizzando corsi per chi assiste persone in condizioni di fragilità: familiari, caregiver e volontari. È necessario che queste associazioni costituiscano una rete strutturata con scambio e condivisione di risorse umane. Nella nostra provincia è attivo il Comitato d'Intesa, la cui mission è promuovere il dialogo, la reciproca conoscenza, la circolazione di informazioni e mantenere un atteggiamento propositivo. È necessario che questo coordinamento venga attivato con l'aiuto dei singoli comuni.

Moderatore

Ringrazio i relatori e mi permettete soltanto di concludere con un riferimento a quanto diceva il dottor Anichiarico questa mattina.

Siamo la regione che ha già raggiunto il target del PNRR dei pazienti presi in carico, ma non è tanto il numero che ci interessa, è la qualità dell'assistenza che noi portiamo nel territorio che ci caratterizza e che ci sfida. Questo è stato il lavoro degli ultimi anni. Ne raccogliamo gli effetti, ma rilanciamo il cuore oltre l'ostacolo.

Dobbiamo arrivare a fare ancora di più per arrivare a quel 90% di pazienti raggiunti dalla rete delle cure palliative di cui ci parlava il dottor Fornasier.

Comunità in Azione

Moderatore: Pietro Paolo Faronato, Coordinatore Progetto "Salute Oltre la Città" ULSS 1 Dolomiti

Se esiste un messaggio che questa giornata ci porta a portare a casa, lo possiamo racchiudere in uno slogan: "La salute costruiamola insieme". Ciò significa mettere insieme l'azienda sanitaria, i comuni, il volontariato e tutti gli attori del territorio. Questo slogan lo abbiamo preso molto sul serio anche nell'organizzare questo convegno. Le relazioni di oggi pomeriggio e quella di stamattina sulla prevenzione sono infatti il frutto di un lavoro di gruppo che ha coinvolto molte decine di professionisti, medici, infermieri, rappresentanti dei comuni e rappresentanti del volontariato.

Desidero ringraziare tutti coloro che hanno contribuito a questo lavoro. Sul sito dell'azienda sanitaria troverete presto disponibile il documento che questi gruppi di lavoro hanno prodotto: un documento molto corposo e denso, che merita di essere letto, meditato e messo in pratica.

I rappresentanti della comunità

Dopo aver parlato molto di comunità, invito i rappresentanti della comunità a unirsi a me per chiudere questa giornata estremamente densa, che ha offerto molti motivi di riflessione. I relatori non hanno

bisogno di grandi presentazioni perché li conoscete bene: sono tutte persone che hanno lavorato in questa comunità.

La dottoressa Santin è l'amministratore unico di ASCA, ma ha lavorato anche a Feltre con l'azienda di servizio alla persona e in SERSA Belluno. Il dottor Frena è sindaco di Colle Santa Lucia, forse il più piccolo comune d'Italia o fra i più piccoli, ma è anche presidente dell'Unione Montana Agordina, quindi ha la capacità di mettere insieme il piccolo e il complesso. La professoressa Giustina Del Silvestro ha diretto per molti anni i servizi emotrasfusionali dell'azienda ospedale di Padova, è stata consigliere comunale di Domegge di Cadore, bellunese DOC e anche bellunese dell'anno 2021, conosciuta come "la donna del plasma".

Il trasferimento delle competenze ai comuni

In questo momento i comuni stanno affrontando un problema importante: quello di trasferire delle competenze e di attivare gli ambiti territoriali sociali, che dovrebbero essere i luoghi della programmazione, della regolazione e dell'organizzazione di tutta l'assistenza sociale.

Agordo in questo senso è stato forse un precursore. Nel momento in cui la casa di riposo di Agordo, che era gestita direttamente dall'azienda sanitaria, abbiamo deciso di consegnarla ai comuni, è nata ASCA. La dottoressa Chiara Santin ci racconterà questa esperienza, se è stata positiva o fallimentare.

Chiara Santin, Presidente ASCA

La nascita e lo sviluppo di ASCA

ASCA nasce dalla necessità normativa da un lato e dalla volontà politica dall'altro di ritrasferire ai comuni quelle che erano le loro competenze in materia di gestione di servizi socio-sanitari, nello specifico i servizi agli anziani. ASCA nasce il 9 gennaio del 2017 per organizzare l'assistenza domiciliare, il servizio sociale professionale, la gestione della porta d'accesso ai servizi e la conduzione della residenza per anziani non autosufficienti ubicata ad Agordo, oltre a sviluppare ulteriori servizi che la normativa avrebbe previsto o che ASCA stessa avrebbe messo in atto.

ASCA è un ente strumentale dei 16 comuni dell'Agordino, dotata di personalità giuridica, con un proprio statuto e autonomia imprenditoriale. I comuni approvano annualmente il bilancio previsionale e il bilancio consuntivo. L'azienda deve svolgere quegli adempimenti contenuti nella programmazione annuale, quindi nel bilancio, secondo gli indirizzi dei sindaci, nel contesto del piano di zona e della normativa regionale e nazionale.

I servizi e le convenzioni sviluppate

In questi sette anni l'azienda speciale si è mossa nella logica di non rimanere ferma, sviluppando i servizi di partenza e stipulando importanti convenzioni con le altre realtà del territorio. Operando nel contesto geografico dell'Unione Montana Agordina e dei 16 comuni, ha sviluppato convenzioni che hanno portato alla creazione del "modello agordino", che si muove nella logica di analizzare i bisogni della comunità e di rispondere al meglio a questi bisogni.

La cosa significativa con la creazione di queste convenzioni è che sotto un'unica regia direzionale, la persona viene presa in carico completamente attraverso una gamma di risposte diversificate che si sviluppa nel complesso delle relazioni fra professionisti, enti e associazioni di volontariato con l'azienda sanitaria. In questo modo, a partire dalla porta d'accesso dei servizi, il territorio agordino, con poco più di 18.000 abitanti, garantisce alla persona fragile una gamma di risposte grazie alla presenza di professionisti che operano sotto unica regia e si confrontano sistematicamente sui bisogni e sulle risposte.

In questo momento ASCA gestisce, attraverso queste convenzioni, due residenze per anziani non autosufficienti, una residenza per anziani più autonomi, due asili nido, un asilo, la farmacia, il servizio sociale professionale, la porta d'accesso, l'assistenza domiciliare e tutti quei servizi che si sono sviluppati per volontà di ASCA nel territorio, che non sono servizi obbligatori ma sono stati necessari per dare una risposta di qualità alla popolazione agordina.

L'assistenza domiciliare e i servizi territoriali

L'assistenza domiciliare si caratterizza per la presa in carico di persone dislocate in un territorio molto vasto, seguite anche a 1400-1500 metri di altitudine. Solo nel 2023, i professionisti di ASCA, gli operatori e i volontari hanno percorso 93.000 chilometri e hanno consegnato 26.000 pasti a domicilio, sottolineando il rapporto esistente fra gli operatori e il volontariato.

Questi servizi si sviluppano attraverso il consolidato funzionamento di quattro centri sollievo dislocati in quattro territori dell'Unione Montana in luoghi rappresentativi per la comunità, dalle canoniche alle scuole medie. Questi centri rappresentano l'unico luogo di aggregazione fra professionisti, volontari e persone di quella comunità.

I servizi di ASCA si sviluppano anche attraverso la conduzione della Residenza per Non Autosufficienti ubicata ad Agordo, che accoglie per il 50% persone affette da patologie dementigene, offrendo una risposta significativa anche in quest'area e integrandosi con i servizi della Residenza Mista di Livinallongo, gestita sotto un'unica regia per rispondere ai bisogni in maniera più armonica.

Un altro intervento importante che ASCA sta realizzando e che concluderà entro l'anno è l'apertura di un centro diurno per persone non autosufficienti sempre nei locali di Agordo. ASCA ha preso in carico anche la gestione della Residenza di Taibon per persone autosufficienti, che oggi definirei una nuova comunità che accoglie ormai un centinaio di persone e che, contrariamente a quanto inizialmente ipotizzato, continua ad essere richiesta come luogo di protezione, monitoraggio sanitario e cura per persone che nel linguaggio tecnico definiamo autonome ma che in realtà sono centenari che chiedono alla fine del loro percorso di vivere in comunità. Queste persone provengono non solo dall'Agordino ma anche da altre zone della provincia, dimostrando che un servizio anche in un luogo periferico può essere efficace non solo per le persone che abitano in questo luogo ma può rispondere anche ai bisogni di altri, mantenendo al contempo la sostenibilità del sistema.

Per completare il panorama dell'offerta del territorio agordino, sta per aprire un centro diurno con i fondi di confine e sempre con gli stessi fondi si provvederà alla ristrutturazione di una parte degli edifici collocati ad Agordo per realizzare un progetto di superamento dell'RSA. Questo prevede, nella zona adiacente all'ospedale, la creazione di monolocali con adeguati spazi comuni e anche una piccola foresteria per servizi innovativi anche come impostazione organizzativa, dove potranno essere accolte persone che hanno bisogno di frequentare servizi sanitari per un periodo o persone più autonome che, attraverso le nuove tecnologie installate, potranno godere di una situazione protetta in un luogo molto centrale.

Questo è il percorso realizzato in questi sette anni, a dimostrazione della volontà di accogliere i bisogni della comunità, di rispondere nel miglior modo possibile e di cercare di essere il più possibile flessibili in relazione all'evolversi delle situazioni.

Paolo Frena, Presidente Unione Montana Agordina

Mi dispiace constatare che questa sera sia presente un solo sindaco, poiché qualcuno ha ritenuto opportuno non partecipare a causa di altri impegni. All'unico sindaco presente chiedo di avere pazienza, poiché sarò piuttosto coinvolgente nel mio intervento. Porgo un saluto che qualcuno ha già espresso questa mattina e ringrazio a nome dell'Unione Montana, sia in qualità di sindaco di Colle sia soprattutto in rappresentanza dei sedici sindaci dell'Agordino, che ho l'onore e l'onere di rappresentare come sindaco di Colle. Ringrazio inoltre per aver scelto di inserire sulla brochure del convegno il passo del Giau. Sono veramente contento e credo non sia un caso, anche se qualcuno dovrà spiegarmelo, che questo convegno sia stato organizzato proprio l'8 novembre. L'8 novembre del 2000 veniva approvata la legge 328, proprio l'8 novembre, la cosiddetta legge Turco, la legge della dignità sociale, che anticipava importanti novità relative a questo settore. Una legge quadro che è stata molto criticata ma che rimane fondamentale per i servizi sociali.

Il Modello Agordino e le Sfide Attuali

La dottoressa Santin, che mi ha preceduto, ha fatto riferimento al modello agordino, un modello di comunità nato in un particolare momento di difficoltà che rivendichiamo con orgoglio, ma che ora deve

necessariamente rapportarsi con nuovi modelli emergenti, dei quali conosciamo ancora poco, nonostante se ne parlasse già nella legge del 2000. Il modello agordino è sostenuto da tutti i sedici comuni afferenti a questo territorio, mettendo a disposizione fondi straordinari per le strutture, le aree interne, i fondi per la montagna e altri fondi regionali gestiti direttamente dal GAL. Questo impegno ha permesso di fronteggiare le difficoltà conseguenti alla restituzione delle deleghe da parte della regione ai rispettivi comuni e di superare il terribile periodo della pandemia.

La Costituzione di ASCA e i Servizi Territoriali

La volontà di costruire una proposta unitaria di gestione dei servizi per il territorio ha visto noi sindaci impegnati nel fondare ASCA, l'azienda consortile agordina, con l'obiettivo di dare continuità ai servizi già gestiti e soprattutto di mettere sotto un'unica regia quelle strutture e servizi che si fossero trovati in difficoltà, come la casa di soggiorno di Taibon, l'asilo nido di Cencenighe, la direzione in convenzione di Agordo Servizi e la direzione della FODOM Servizi che gestisce la casa di riposo Villa San Giuseppe di Livinallongo. Tutto questo è stato possibile grazie alla puntuale collaborazione dell'ULSS. Voglio ringraziare particolarmente la compianta dottoressa Carraro, il dottor Dal Ben e i rispettivi staff, perché senza il loro contributo non sarebbe stato possibile raggiungere questi risultati.

Le Nuove Sfide: ATS e Agenzie di Tutela della Salute

Noi amministratori, e in particolare noi sindaci, abbiamo il dovere di guardare avanti e affrontare con coraggio le nuove sfide che implicheranno inevitabilmente nuovi impegni relativamente alla costituzione delle ATS e delle agenzie di tutela della salute. Di queste strutture noi sindaci sappiamo ancora poco e per le quali dovremo metterci nuovamente in discussione, preparandoci con una formazione adeguata e puntuale. Quando il dottor Cancian ha parlato di competenze, mi è venuto in mente che questo criterio andrebbe applicato anche nella pubblica amministrazione, perché abbiamo tanto bisogno di competenze per affrontare autorevolmente le problematiche. La formazione risulta fondamentale per diventare protagonisti delle scelte che dovremo fare, soprattutto per essere protagonisti attivi e propositivi nella delicata fase costituenda delle nuove agenzie di tutela della salute.

Progetti Concreti e Risposte ai Bisogni del Territorio

È fondamentale governare in questo momento in modo autorevole e competente, il che significa essere nelle condizioni di dare precise indicazioni relativamente alle linee di indirizzo per la costituzione delle nuove agenzie. Dovremo valutare cosa restituire dei servizi attualmente gestiti da ASCA e capire cosa è opportuno gestire in collaborazione con le nuove agenzie, partendo da un'attenta analisi dei reali bisogni del nostro territorio. Ricordo quando, poche settimane dopo il mio insediamento, sono venuti da me dei genitori di persone con particolari problemi fisici, quindi diversamente abili, chiedendo un puntuale intervento per le loro necessità. Mi sono sentito frustrato e sconcertato nel capire che mai si era preso in considerazione questo problema esistente nel nostro territorio da tempo. Da lì è nata l'idea di metterci attorno a un tavolo per progettare una soluzione, e devo dire che in parte ci siamo riusciti, ottenendo un finanziamento tramite un progetto del GAL nell'ambito di un'iniziativa di progetti di comunità. Durante la prossima settimana si riunirà la cabina di regia per definire le procedure necessarie per realizzare velocemente i primi sei alloggi con relativi servizi che metteremo a disposizione per andare incontro a quelle famiglie che ci chiedono aiuto e sostegno.

Le Specificità del Territorio di Montagna e gli Investimenti

Un territorio di alta montagna caratterizzato da bassa densità abitativa, considerevole distanza dai principali centri dei servizi, elevata prevalenza di persone anziane e note difficoltà di trasporto pubblico rende più complicato e complesso gestire una rete di servizi sociali e garantire i livelli essenziali di assistenza. La sfida risulta essere proprio questa: il nostro territorio, forse più di altri, ha bisogno del nostro impegno per i motivi elencati, ma anche per difendere la specificità di un territorio periferico e dei rispettivi cittadini che ci vivono, in un momento non facile per i noti problemi che affliggono tutti i comparti dei servizi alla persona, dai servizi sociali, ospedalieri e sanitari, ai servizi ristorativi e alberghieri, ai servizi scolastici e di trasporto. L'area centrale dei fondi comuni, coordinata dall'Unione Montana Agordina, ha messo a disposizione nelle ultime programmazioni oltre venti milioni di euro per queste strutture. Inoltre, stiamo coordinando insieme ai comuni di Alleghe e Canale d'Agordo la realizzazione di due nuove sedi

distrettuali sociosanitarie per un importo superiore ai tre milioni di euro, progetti che stanno procedendo e uno dei quali inizierà la procedura per l'appalto nei primi giorni dell'anno prossimo.

Ringraziamenti e Riconoscimenti

Vorrei citare e ricordare i volontari per la veicolazione dei pasti a domicilio preparati dalla mensa, il coordinamento delle croci agordine, il soccorso alpino, i vigili, il GAV che sta collaborando con noi anche per il progetto "dopo di noi", l'associazione Pettiroso e molti altri. Infine, permettetemi di ringraziare la volontaria per eccellenza. Voglio ringraziare a nome di tutti, a nome mio personale e di tutti i sindaci, la dottoressa Santin, perché tutto questo è stato possibile grazie a lei e al suo staff. La ringrazio perché è prossima a uscire da questo contesto e credo che meriti un riconoscimento particolare per quello che ha fatto in questo periodo caratterizzato da mille difficoltà. Abbiamo attraversato i PAI, abbiamo attraversato la pandemia e lei è sempre stata presente, pronta a darci una mano e buoni consigli per poter superare e qualificare l'attività all'interno di questo territorio senza farci mancare mai nulla. Per questo ritengo opportuno riconoscerle queste parole, ma soprattutto il concetto di volontaria di eccellenza.

Moderatore

Abbiamo parlato a lungo questa mattina e oggi pomeriggio del ruolo delle istituzioni, del ruolo dell'Università e dei Medici di Medicina Generale, del ruolo dei comuni. Tuttavia, quello che emerge è che buona parte della salute è nelle mani del singolo e sta nei propri comportamenti. Dall'altra parte emerge sempre di più la consapevolezza che la struttura pubblica non potrà rispondere a tutti i bisogni, ma le comunità dovranno prendersi in carico questi percorsi, in quel percorso di empowerment, cioè di capacità del singolo e delle comunità di dare risposta ai propri bisogni.

Professoressa De Silvestro, questa è una sfida che fa tremare i polsi.

Giustina De Silvestro, Rappresentante Comune Domegge di Cadore

Questa è probabilmente la vera sfida perché oggi abbiamo sentito la parola "comunità" come mai in questi tempi in un convegno medico ed è stato parlato oggi di comunità utilizzando dei termini che potrebbero definirla - come ha usato la Ferro - la coesistenza, la coabitazione. Per poter fare una comunità però mancano termini che sono sicuramente la comunione e la condivisione. Penso che molte delle nostre comunità, che sono comunità piccole, che hanno passato anche momenti molto difficili e che hanno vissuto - io appartengo al Cadore e quindi conosco bene quella realtà - territorio vastissimo con piccole comunità, poco abitato, molto meno anche della Agordina, mi pare che il territorio sia estremamente più difficile. Vi dico la verità: la comunità come la intendo io non la vedo in tutti i nostri paesi. Mi sono confrontata anche con altri che ho incontrato in questa giornata. Credo che bisogna ricostruire la nostra comunità.

La necessità di ricostruire il tessuto sociale

Coesistenza e coabitazione non sono sufficienti neanche a descrivere quello che succede nelle famiglie oggi. Il primo punto di aggregazione di comunità è la famiglia, purtroppo non tutte le famiglie oggi sono una comunità, cioè è veramente una coesistenza, una coabitazione e basta, ma c'è poca comunione e poca condivisione. Come si fa a ricostruire? Qui bisogna convocare anche altri attori, mancano i rappresentanti dei genitori, mancano le scuole, mancano le parrocchie - c'era il vescovo questa mattina - tutti quei punti di aggregazione che c'erano un tempo oggi non ci sono più.

Ci pensavo in questi mesi e anche in vista di questo convegno: che cosa può costruire il collante tra tutti i componenti di una comunità dal punto di vista dell'esistenza? Manca un po' di collante e bisogna un po' reinventarselo. Mi dispiace anche che questa sera il sindaco di Colle Santa Lucia sia l'unico sindaco - c'era poi il sindaco di Belluno stamattina che ha fatto il suo intervento - ma sono pochi qui. Bisognerebbe che partecipassero tutti gli amministratori, perché il primo responsabile della comunità è il sindaco, la persona che ha anche il compito di parlare con tutti e far sì che tutti si parlino tra di loro all'interno della comunità.

Il ruolo del volontariato come braccio operativo

Penso che non sia una sfida facile, però è pur vero che senza la comunità tutto quello che abbiamo sentito oggi - iniziative, progetti assolutamente lodevoli, strutturati con nuove idee che devono anche andare avanti, essere realizzate - se non ha una corrispondenza nella comunità, è difficile raggiungere gli obiettivi.

Stamattina il professor Brusaferrò ha fatto l'esempio della mappatura all'interno di una piccola comunità dei punti di fragilità. È chiaro che vengono identificati, anche questo è un passo importante all'interno delle piccole comunità. Non è difficile in paesi come i nostri, di 1.500, 2.000 abitanti. Quale potrebbe essere il braccio operativo del sindaco del comune? Potrebbe essere il volontariato.

Il volontariato all'interno della nostra comunità - l'Italia ne ha molte strutture, molte strutture che sono organizzate. "Mano Amica", ne abbiamo sentito parlare prima, che sta facendo grandi progetti. "Auser" è diffuso su tutta l'Italia. È un volontariato molto strutturato, molto organizzato. Ma all'interno di queste piccole comunità esistono piccoli gruppi di volontari che non hanno un'etichetta vera e propria, non sono riconosciuti. Ho fatto la ricerca sul sito dei comuni di tutto il Cadore: non c'è un comune che mappi tutti i gruppi di volontariato che operano all'interno della sua comunità. Questa rappresenta una risorsa che va utilizzata. Non solo, ma i piccoli gruppi devono essere anche messi in relazione tra quelli di un piccolo paese con un altro, perché allora si costituisce una rete che diventa una forza per tutta la comunità del Cadore e della Agordina.

L'importanza della collaborazione istituzionale

I bisogni di salute sono gli stessi dappertutto, li conosciamo ormai, ma i contesti in cui si trova a operare sono completamente diversi. Ma anche i sindaci sono diversi tra di loro, perché il fatto di essere riusciti nella Cordinina a mettere insieme questa condivisione, questo progetto comune dell'ASCA, è stato una grande operazione, ma perché ha trovato la condivisione di un obiettivo nella comunità. Per cui il ruolo della comunità è un po' da costruire, però siccome tutti noi facciamo parte di una comunità, bisogna che l'impegno venga da parte di tutti.

Credo che anche con questi piccoli tasselli, se i sindaci, se i comuni mappassero tutte le risorse di volontariato, il volontariato potrebbe anche costituire un buon collante per far sì che la comunità diventi un partner della salute molto più facilmente.

Giuseppe Dal Ben, Commissario ULSS 1 Dolomiti

Puntare al cuore della comunità

Abbiamo trascorso una giornata molto intensa, molto impegnativa, abbiamo sentito delle relazioni veramente di altissimo livello, abbiamo sentito delle possibilità di sviluppare progettualità importanti e quindi è stata una giornata veramente molto ricca. Per usare una frase che possa raccogliere il senso di questa giornata: "Sanità di montagna: puntare al cuore della comunità".

Penso che questa frase possa riassumere il significato di questa giornata. Promuovere la salute con la partecipazione attiva della comunità: questo è il messaggio che esce in maniera importante oggi.

D'altra parte, non poteva che essere così, perché abbiamo voluto dedicare questo terzo incontro proprio al territorio. Se a Feltre abbiamo parlato della situazione dell'ambiente in sostanza, delle problematiche in linea generale, a Pieve di Cadore siamo andati a parlare delle famose reti tempo-dipendenti. Parlare del territorio richiedeva parecchio tempo.

Il primo concetto è promuovere la salute con una partecipazione attiva della comunità. Poi il secondo concetto, che mi sembra importante: insieme è meglio. Cioè sfide e successi possono nascere e essere condivisi se c'è una unione, se si fa squadra, se c'è un'unione tra persone che credono nel sistema sanitario e sociosanitario.

Da solo il mondo sanitario non ce la fa a promuovere la salute, da solo il mondo sociale non ce la fa a promuovere la salute, ma insieme si possono fare diverse cose e si possono veramente fare dei percorsi importanti. Quindi la collaborazione è importante - lo abbiamo visto anche nella stessa tavola rotonda questa sera - il gioco di squadra che mette insieme tutte le componenti del territorio è assolutamente fondamentale. È importante che ognuno faccia la sua parte.

Ringraziamenti e prospettive future

In questo senso voglio proprio ringraziare i sindaci. È vero che abbiamo il sindaco di Colle e il sindaco di Cencenighe qui con noi, però è anche vero che stamattina abbiamo avuto il presidente della conferenza dei sindaci, abbiamo avuto il sindaco di Alleghe e così via, quindi assessori, consiglieri presenti. Devo proprio ringraziare i sindaci per questa collaborazione che state dando all'azienda sanitaria con l'obiettivo di uscire da questa narrazione di negatività che spesso avvolge il mondo della montagna per quanto riguarda i servizi.

Abbiamo cercato in questo anno e mezzo che abbiamo passato insieme di far emergere le positività che questo territorio ha nel sistema sanitario e nel sistema sociale e nel sistema socio-sanitario. Penso che dobbiamo continuare in questo senso perché il piangersi addosso non ci aiuta. Ci vuole voglia - e mi sembra che il sindaco Frena prima l'abbia ben sottolineato - di fare squadra, di lavorare insieme per raggiungere gli obiettivi perché anche in montagna ci sia quella uniformità, omogeneità dei servizi che i cittadini ci chiedono.

Poi c'è stato il tema della salute mentale. Questo è un grandissimo problema. L'abbiamo visto anche dalla relazione che ha fatto l'epidemiologo questa mattina con alcuni dati molto preoccupanti sui suicidi. C'era un cartellone quando siamo arrivati che ci diceva "Meno convegni più impegni". È un modo molto semplicistico per affrontare un problema complesso della salute mentale.

Quindi chi fa questi manifesti, queste provocazioni, dovrebbe cominciare a ragionare sul perché succedono queste cose, il perché si arriva a questo. Perché protestare è la cosa più semplice e più facile che si possa fare. Qualcuno poi cerca di risolvere i problemi, ma mettendoci insieme, per esempio, ci sono dei gruppi di lavoro nell'ambito della salute mentale dove puntualmente vengono invitate anche le associazioni. E non si vedono, ma fanno gli striscioni. Dobbiamo lavorare molto su questo.

Infine c'è tutto l'approccio alla cronicità che abbiamo visto e anche questo parte da un'integrazione tra servizi.

Quindi, per la sanità di montagna bisogna proprio puntare al cuore della comunità. L'abbiamo più volte sottolineato con tante relazioni questa mattina. Grazie a tutti, grazie ai relatori, grazie a chi ha organizzato questa giornata, alla mia squadra, a chi è rimasto fino adesso.

Sono veramente soddisfatto del lavoro fatto oggi. Certo, è un lavoro che crea molto altro lavoro. Quindi l'impegno è quello di continuare.

Ci sarà il quarto incontro, a Belluno, che cercherà di concludere questo percorso che abbiamo fatto in quest'anno, nei primi mesi del prossimo anno. E sarà un incontro, quello di Belluno, che cercherà di far vedere quello che è stato evidenziato e cosa è stato fatto. Perché abbiamo sempre detto che non vogliamo parlarci addosso, ma vogliamo anche tirare fuori delle soluzioni e anche, possibilmente, cominciare a realizzarle.

SALUTE OLTRE LA CITTÀ

SOLUZIONI INNOVATIVE PER LA SANITÀ DI MONTAGNA

RISONANZE AUTENTICHE: LO SPAZIO DELLA COMUNITÀ



DOCUMENTO DI CONSENSO

“Gli sviluppi dell’Assistenza territoriale nella Regione Veneto”

Mentre si svolgeva il percorso degli incontri di *“Salute oltre la città”* sono stati emessi degli importanti documenti che riguardano la sanità in montagna: in particolare il *“Libro bianco sulla montagna”* e il *disegno di legge sulla montagna*, nell'articolo 6 del quale si indica come alla sanità di montagna deve essere riconosciuta una sua specificità, sia per quanto riguarda i professionisti che vi lavorano sia per quanto riguarda i servizi che vengono svolti, concetto, peraltro, già enunciato nella *“Carta di Feltre”*.

L'accessibilità ai servizi sanitari non deve rispondere ad una logica di manifestazione opportunistica, ma deve rispondere a logiche di reale opportunità per i cittadini.

Dal marzo 2023 la regione Veneto ha iniziato un percorso per sviluppare in modo coerente a livello regionale, ma non completamente uniforme, al fine di preservare le singole realtà territoriali, i contenuti di due grandi interventi legislativi, il DM 77/2022 *“Nuovi modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel SSN”* ed il *“Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza”*, PNNR.

Il PNNR definisce una progettualità con sviluppo nell’arco di un quinquennio, ma di cui si attendono ricadute di lunghissimo respiro sul Servizio Sanitario Nazionale, anche se, al momento, mancano ancora le metriche per misurare la portata reale di questo impatto.

Va sottolineato che il PNNR è un intervento a debito, che sottende la stipula di un patto intergenerazionale, in quanto scarica sulle generazioni future costi importanti e rappresenta un elemento sostanziale per questa comunità, verso le generazioni future, ma anche per le generazioni presenti, come ben si può vedere dalla caratterizzazione demografica di questi territori..

Immediatamente dopo il PNNR è stato definito il DM 77, per la rivisitazione delle attività territoriali. Il percorso che la regione Veneto ha intrapreso ha visto la creazione di gruppi di lavoro con un'ampia partecipazione dei territori, nessuno escluso, con l’obiettivo di definire le linee di una programmazione, che è compito della Regione, ma che ha voluto essere una *“programmazione partecipata”*, con una componente top down, che è quella che tocca alla Regione, ed una bottom-up, data dai territori, attraverso le esperienze di grande rilievo che i territori stessi avevano già saputo produrre.

Questa fase, iniziata nell'aprile 2023, si è conclusa nel giugno 2024 con la produzione di documenti di sintesi, recepiti poi da puntuali deliberazioni regionali.

Sono stati costituiti 10 *“Cantieri di lavoro”* con la partecipazione di tutte le aziende sanitarie, che hanno coperto la seguenti tematiche:

- Farmacia dei Servizi
- Attività di prevenzione
- Infermieri di famiglia e Comunità
- Medici di Famiglia
- COT e Telemedicina
- Punto Unico di Accesso
- ADI e Cure Palliative
- Numero Unico 116 117
- Distretto
- Missione 1 - Digitalizzazione, innovazione.

L’idea di *“Cantiere”* dà la percezione che si tratta di un lavoro da costruire insieme. Finita questa fase 1.0, che è quella della programmazione, oggi siamo nella fase 2.0, di realizzazione dei lavori. In questa fase sono stati adottati degli atti di programmazione, con una serie di delibere che hanno toccato pressoché tutte le aree di cantiere, eccetto quella riguardante il modello operativo di funzionamento delle case di comunità, che è in fase di definizione, in quanto è necessario ben comprendere e definire il ruolo della Comunità in questo percorso.

Sono stati adottati provvedimenti deliberativi:

- sulle farmacie di servizi
- sull'organizzazione dell'infermieristica di famiglia e di comunità
- sulla rete delle cure palliative

- sulla telemedicina
- sul numero unico 116 117,

Lungo questo percorso è stato approvato dal ministero della salute il progetto regionale di attivazione del numero unico 116 117 che rappresenta il canale unico di accesso per i servizi sanitari e socio sanitari. Il modello partirà in via sperimentale del territorio di Bassano del Grappa, a seguire ci saranno tre centrali operative che saranno il punto unico di accesso a tutti i servizi sanitari socio-sanitari. Sarà compito della centrale operativa ricomporre le risposte ai cittadini, che sono che sono fornite in tempi, sedi istituzioni e professionisti diversi, in una risposta unitaria, evitando al cittadino la necessità di doversi costruire autonomamente un percorso di risposta, che talora è particolarmente complesso e articolato.

Altro aspetto sul quale si sta lavorando è quella della farmacia di servizi, che fornisce risposte concrete specie nei territori a bassa densità di popolazione, favorendo così una dimensione di prossimità all'erogazione dei servizi.

La telemedicina rappresenta un ambito importante non solo nei territori a bassa densità di popolazione che necessitano di maggiore prossimità e possono soffrire maggiormente le difficoltà di carattere logistico e organizzativo, ma questo non deve costituire una discriminante. Le attività di telemedicina e teleconsulto sono complementari all'attività in presenza, ma non la sostituiscono perché nulla può sostituire la capacità di ascolto. Sono, invece, strumenti in grado di fornire l'implementazione di quello strumento, non ancora completamente sviluppato, che è il *fascicolo sanitario elettronico 2.0*.

Le centrali operative territoriali rappresentano l'elemento tecnico che riguarda l'attività delle singole aziende sanitarie e la loro capacità di collegare informaticamente tutti quegli elementi di conoscenza necessari alla gestione integrata soprattutto dei soggetti non autosufficienti, con una o più disabilità e che vivono in famiglia monocomponenti, che rappresentano la sfida più importante cui deve rispondere il SSN.

In questo contesto si colloca anche lo sviluppo dell'ADI, che vuole essere sviluppato non tanto come numero di erogazione ma come qualità delle prestazioni fornite e qualificazione del personale che le svolge, sia in ambito della cronicità, sia nell'ambito delle cure palliative, fornendo risposte arricchite dalle tecnologie che aiutano il cittadino ad avere monitorate le sue condizioni di salute, ad auto-monitorarsi e a trasmettere le proprie informazioni anche a distanza con riferimenti certi.

La regione Veneto ha già raggiunto il target di ultrasessantacinquenni assistiti a domicilio previsto dal PNR, ma quello che interessa in questo momento è lo sviluppo della qualità e dell'intensità di questa assistenza.

L'ultimo elemento è quello delle case di comunità, ma questa è un cantiere ancora aperto.

Sono attive 62 delle 69 casi di comunità previste, alcune complete dei requisiti previsti dal DM 77.

Sull'infermiere di famiglia e di comunità l'ULSS 1 ha un'esperienza importante, che è stata estremamente utile alla Regione per sviluppare questa figura, che deve diventare un vero e proprio Servizio, la cui logica deve essere trasmessa a tutto il personale infermieristico che opera nelle forme associative dei Medici di Famiglia.

In questi territori il tema della trasformazione digitale rappresenta un argomento di particolare rilievo, per molte ragioni che presentano opportunità e rischi. Le opportunità sono quelle che il digitale mette a disposizione nella vita dei comuni cittadini. In questi trent'anni ci siamo resi conto di cosa sia possibile fare col digitale. La trasformazione digitale non è, però, semplicemente l'applicazione degli strumenti digitali alla sanità, si rende necessaria una vera trasformazione: introducendo le tecnologie digitali accanto a quelle analogiche noi stiamo trasformando radicalmente il servizio pubblico. Basta pensare a cosa succede quando una tecnologia digitale non funziona. In quel momento ci rendiamo conto di quanto la tecnologia abbia cambiato, in modo anche a volte non del tutto consapevole, il nostro modo di comportarci. In questi territori dobbiamo occuparci di tanti aspetti, che vanno dal tecnologico, come la diffusione della fibra, che deve diventare disponibile per tutti, venendo così a colmare quel *"digital divide"* legato alle infrastrutture, fino al superamento del *"digital divide"* culturale, affinché i cittadini, anche coloro che non sono nativi digitali, abbiano la stessa possibilità di comprensione e di utilizzo degli strumenti e il digitale non diventi una nuova discriminazione. Una delle preoccupazioni di questi territori, e dei Sindaci che li rappresentano, è che l'evoluzione digitale finisca con l'introdurre nuove iniquità.

Dobbiamo fare in modo che queste trasformazioni aumentino la possibilità di fornire a tutti pari opportunità di salute, anche se poi l'effettivo raggiungimento dei livelli di salute dipende da molte altre variabili, che non sempre il servizio sanitario nazionale può governare.

Nel percorso di transizione digitale vi sono alcuni punti fondamentali:

- La *“Connected Health”*, che mette l’innovazione tecnologica e la digitalizzazione a disposizione del paziente, con l’obiettivo di costruire connessioni fra persone e fra le persone e la tecnologia, per creare servizi di cura personalizzati, migliorare la qualità delle cure e migliorare l’esperienza complessiva del Paziente
- Il concetto di *“Patient as one”*, finalizzato a costruire un sistema costruito intorno all'individuo, con l’obiettivo di giungere ad un *“Umanesimo digitale”* che tramite il digitale realizzi valorizzi le componenti individuali, dando una visione complessiva ed unitaria del Paziente ed evolvendo verso un vero *“system of engagement”*, che personalizzi le cure, integri servizi e processi ed allochi le risorse in maniera proattiva.

Il tema è quello di costruire un solido *“patto fra generazioni”*, capace di valorizzare la ricchezza della *“terza età”*, che la renda idonea a dare il proprio contributo, nella coscienza che si può vivere ed aumentare il proprio capitale di salute anche con le patologie croniche.

Questo non deve essere visto come un peso per la comunità e questo deve essere interiorizzato soprattutto dai giovani che sono chiamati a pagare il debito generazionale contratto con il PNRR, e che hanno la responsabilità di sostenere il sistema con il volontariato, il terzo settore, il patto di vicinanza e con la costruzione di un welfare generativo di comunità, di vicinato integrando tutto quello che i servizi non possono fare, e che spesso non sanno nemmeno fare.

La strada migliore è quella di una complementarità fra servizi sanitari e servizi laici, ma per arrivare a ciò è necessario un grande lavoro sulla comunità, un grande lavoro di partecipazione e comprensione culturale in tutti i luoghi: le parrocchie, le scuole, i luoghi di aggregazione.

Per fare tutto ciò, abbiamo bisogno di conoscere i bisogni reali delle popolazioni, attraverso il *Sistema Informativo Territoriale*, che deve diventare un sistema totalmente integrato, capace di comprendere l'intero ecosistema territoriale, che ci consente di avere in tempo reale tutte quelle informazioni che permettono non solo ai professionisti ma anche ai singoli cittadini di arrivare a quello che oggi si definisce *“engagement”*, che permette a tutti di diventare protagonisti attivi del proprio processo di cura.

“Dal Cuore della Comunità: promuovere la salute con una partecipazione attiva”

Gruppo di Lavoro

Coordinatore: **Sandro Cinquetti** Direttore Dip. Prevenzione AULSS 1

Componenti Gruppo di lavoro

Marica Battistin	Infermiera Coordinatrice
Erica Bino	Statistica ULSS 1
Fabio Bortot	Medico Medicina Generale ULSS 1
Amedeo Buzzo	Consigliere Comunale Santo Stefano di Cadore
Danilo De Toni	Sindaco Comune Alleghe
Nahuel Fiorito	Dipartimento Prevenzione ULSS 1
Alberto Lovat	Assistente Sanitario ULSS 1
Vincenzo Marcotrigiano	Dipartimento Prevenzione ULSS 1
Gianpaolo Risdonne	Pediatra di libera scelta ULSS 1
Manuel Zorzi	Direttore Servizio Epidemiologico Regionale di Azienda Zero

1. Come stanno i bellunesi?

1.1. Demografia

La popolazione residente nell'ULSS 1 ammonta a poco meno 200.000 persone ed è caratterizzata da una progressiva riduzione dell'indice di natalità, con soli 1063 nati nel 2023 (a fronte di valori tra 1600 e 1800 negli anni fino al 2011) e da un corrispondente aumento dell'indice di vecchiaia (rapporto soggetti con 65+ anni e 0-14enni), che nel 2023 è stato di 255 rispetto alla media regionale di 195.

La speranza di vita alla nascita ha interrotto la crescita osservata prima della pandemia ed è stabile, con un valore di 83,2 anni nel 2023, di poco inferiore al dato regionale (83,8).

La percentuale di residenti stranieri è pari al 6,5%, un dato stabile da circa 10 anni, e sensibilmente inferiore rispetto alla media regionale del 10,4%.

1.2. Stili di vita

Dai dati del sistema di monitoraggio PASSI emerge che la **percentuale di fumatori** tra la popolazione maschile dell'ULSS Dolomiti è pari al 25%, ed un ulteriore 25% è costituito da ex-fumatori. Questi valori sono in linea con le medie regionali. Un dato a cui porre attenzione è invece il 22,3% di donne fumatrici, un dato sensibilmente superiore al 17,6% del Veneto.

Un aspetto particolarmente critico è legato all'**assunzione di alcol**. La percentuale di intervistati che dichiarano un consumo alcolico “a maggior rischio” (consumo abituale elevato, o consumo episodico eccessivo, e consumo di alcol fuori pasto) è del 42% tra i maschi e del 28% tra le femmine, in entrambi i sessi significativamente superiore rispetto alla media regionale, che è rispettivamente del 32% e 22%. Anche il “binge drinking” (consumo episodico eccessivo, con l'assunzione di più di 4-5 unità alcoliche in un'unica occasione) è molto diffuso: viene riportato dal 33% dei maschi (vs 19% in Veneto) e dal 17% delle femmine (vs 9% in Veneto). Non si osservano segnali di riduzione del consumo di alcol nel tempo.

Un dato positivo emerge invece in termini di **attività fisica**: tra i residenti dell'ULSS Dolomiti, infatti, soltanto il 5% dei maschi ed il 10% delle femmine rientrano nella categoria dei sedentari, mentre rispettivamente l'82% ed il 67% degli intervistati risulta fisicamente attivo. Questi valori sono significativamente migliori rispetto alle medie regionali. Tuttavia ad essi non si associa uno stato ponderale altrettanto favorevole: infatti, tra i maschi il 10% è obeso ed un ulteriore 39% è in sovrappeso, in linea con il dato regionale. Tra le femmine si conferma la percentuale di obesità del 10%, mentre donne in sovrappeso sono il 22% ed anche in questo caso i valori collimano con quelli regionali. Confrontando i dati raccolti negli anni da PASSI emerge che il dato sull'eccesso ponderale è stabile nel tempo.

I dati del sistema di sorveglianza “Okkio alla salute”, condotto sui bambini delle scuole primario (6-10 anni), denotano una situazione potenzialmente critica con percentuali di **bambini fisicamente non attivi** superiori rispetto alle media regionale (22% vs 12%), con quote più basse di bambini che giocano all’aperto (72% vs 77%), che svolgono attività sportiva strutturata (39% vs 46%) e che si recano a scuola a piedi o in bici (20% vs 26%).

1.3. Mortalità

Complessivamente nel 2023 sono deceduti 2.444 bellunesi. Le principali cause di morte sono la **malattie circolatorie** (783 decessi, tra cui 196 cardiopatie ischemiche e 159 malattie cerebrovascolari) ed i tumori (628, tra cui 100 polmone, 56 pancreas, 45 colon retto, 41 fegato). I deceduti per demenze o Alzheimer sono stati 100.

Il **tasso standardizzato** di mortalità per tutte le cause di morte nel triennio 2020-2022 è risultato superiore alla media regionale, con un eccesso di circa il 5% sia nei maschi (1.101 vs 1.044 x 100.000) che nelle femmine (706 vs 674). È da sottolineare che i tassi di mortalità negli ultimi 15 anni sono in progressiva riduzione, fatta eccezione del periodo pandemico.

Il tasso di mortalità per tutti i tumori è stato di 310 x 100.000 nei maschi (Veneto: 290) e di 193 nelle femmine (vs 179). Questi tassi mostrano una importante riduzione nel tempo, essendo stati prossimi a 500 x 100.000 nel triennio 2008-2010 nei maschi e a 250 x 100.000 nelle femmine.

Tra i maschi, sono da segnalare degli eccessi significativi di mortalità rispetto alla media regionale associati al **tumore del fegato** (30 x 100.000 vs 18 in Veneto), al tumore dello stomaco (19 vs 13) e al tumore della prostata (32 vs 24). Tra le donne, si registra un eccesso di mortalità associato al **tumore del polmone** (32 x 100.000 vs 24 in Veneto). Da segnalare che i tassi di mortalità per tumore del polmone nei maschi e del tumore del colon retto in entrambi i sessi sono inferiori rispetto alla media regionale, seppur in maniera non statisticamente significativa.

Tra le altre cause principali di morte, cardiopatie ischemiche e malattie cerebrovascolari sono in linea con il dato regionale, mentre il tasso di decessi dovuti a diabete mellito è inferiore alla media del Veneto in entrambi i sessi. Da registrare invece un eccesso nella mortalità per malattie del fegato nei maschi (22 vs 14 x 100.000). L’andamento nel tempo dei tassi di mortalità per patologie cronico-degenerative mostra una costante riduzione.

Va sottolineato, infine l’eccesso di mortalità associata a **cadute**, sia nei maschi (21 vs 9 x 100.000 in Veneto) sia nelle femmine (9 vs 5 x 100.000), e quella dovuta ad **autolesioni intenzionali** (maschi: 21 vs 12 x 100.000; femmine: 5 vs 3 x 100.000). Quest’ultimo dato trova riscontro in una maggiore prevalenza di persone affette da depressione rispetto alla media regionale sia nei maschi (8% vs 5%) che nelle femmine (14% vs 10%).

1.4. Tumori

Analizzando l’incidenza dei tumori nel decennio 2011-2020, rispetto al dato medio regionale si osserva, nella popolazione maschile residente nell’ULSS Dolomiti, un eccesso in particolare per il **tumore del fegato** (44 vs 29 x 100.000) e per i tumori della cavità orale (25 vs 19 x 100.000). L’incidenza di tumori del colon retto è invece inferiore (73 vs 80 x 100.000).

Nella popolazione femminile, si osserva un’incidenza più elevata di casi di **tumore del polmone** (38 vs 33 x 100.000), del pancreas (22 vs 19 x 100.000) e della vescica (20 vs 14 x 100.000), mentre è inferiore alla media regionale il tasso di incidenza di tumore della tiroide (24 vs 29 x 100.000).

Una citazione a parte merita il **melanoma cutaneo**, che registra un eccesso rispetto al dato regionale sia nei maschi (36 vs 31 x 100.000) che nelle femmine (34 vs 24 x 100.000). Analizzando l’andamento dell’incidenza nel tempo, il trend è in forte aumento sia nei maschi, con un incremento medio annuo di +5,7%, che nelle femmine (+4,4%). La crescita che si osserva a livello regionale è di entità inferiore (rispettivamente +3,5% e +2,8% nei maschi e nelle femmine).

2. Prevenzione e contrasto delle disuguaglianze di salute

Tenuto conto dei tassi di mortalità e dei tassi di incidenza e/o prevalenza più elevati rispetto alla media regionale per le patologie sopra riportate e considerati alcuni fattori di rischio (stili di vita errati) a carico dalla

popolazione della Provincia di Belluno, all'interno del territorio dell'Azienda ULSS1 Dolomiti sono state messe in atto alcune progettualità specifiche per contrastare, con iniziative preventive e di promozione della salute, alcuni elementi di disuguaglianza, con particolare riferimento ai seguenti temi:

- vaccinazione gratuita contro la TBE per i residenti della Provincia di Belluno;
- prevenzione del melanoma maligno;
- promozione dell'attività motoria e della sana alimentazione;
- disassuefazione al fumo di tabacco e contrasto al consumo di alcool;
- invecchiamento attivo e prevenzione delle cadute dell'anziano.

2.1. Vaccinazione gratuita contro la TBE per i residenti della Provincia di Belluno

L'Azienda Ulss 1 viene considerata una zona ad alta endemia per malattie correlate all'infezione da virus Tick Borne Encephalitis (TBE). Con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 612 del 14 maggio 2019, Allegato A, è prevista l'offerta gratuita a tutta la popolazione residente dell'Azienda ULSS 1 Dolomiti (Provincia di Belluno) e a tutti i soggetti appartenenti ad alcune categorie a rischio, quali volontari del soccorso alpino, di tutto il territorio regionale. A seguito dell'approvazione della delibera regionale citata, sono state svolte il seguente numero di dosi di vaccino contro la TBE negli anni: 13729 nel 2019, 24995 nel 2020, 11588 nel 2021, 18678 nel 2022, 18541 nel 2023 e 18008 nel periodo dal 01/01/2024 al 31/10/2024.

2.2. Prevenzione del melanoma maligno;

Il Dipartimento di Prevenzione, ha messo a punto una campagna di prevenzione del melanoma maligno nominata "Montagna sì Melanoma no". Questo progetto interviene su più setting di vita: le scuole primarie della Provincia di Belluno partecipano ad incontri formativi per gli studenti a cui viene chiesta la realizzazione di disegni per la creazione di tovagliette per i pasti (coinvolgimento dell'Ufficio Scolastico Territoriale). Le tovagliette vengono distribuite alla maggior parte dei rifugi alpini della Provincia di Belluno al fine di sensibilizzare sul tema gli escursionisti soggiornanti. I rifugi alpini sono inoltre coinvolti in un'altra progettualità alla quale afferisce il tema della prevenzione del melanoma: si tratta del progetto "Rifugi sani e sicuri", che vede il coinvolgimento del Club Alpino Italiano (CAI), la Commissione Centrale Medica del CAI, l'Associazione Gestori Rifugi Alpini del Veneto (AGRAV), il Soccorso Alpino e Confcommercio Belluno. Uno dei requisiti aggiuntivi oggetto di valutazione per diventare "rifugio sano e sicuro" è garantire la disponibilità di creme solari ad alto fattore protettivo e di cappelli con visiera/bandana, esposti in area ben visibile, che possano essere commercializzati a prezzo contenuto su richiesta dei fruitori. Le tematiche di prevenzione del melanoma maligno vengono anche trattate durante le serate rivolte alla popolazione e/o durante iniziative specifiche come il "Treno della Salute" (organizzato dal CUAMM - Medici per l'Africa e dalla Regione del Veneto).

2.3. Promozione dell'attività motoria e della sana alimentazione

Per quanto riguarda la promozione dell'attività motoria e della sana alimentazione, sono stati avviati numerosi progetti rivolti all'ambiente scolastico (progetti su sana alimentazione e attivazione Pedibus), agli Enti Comunali (Rete dei Comuni Attivi), alla popolazione generale (gruppi di cammino, gruppi escursionistici, ginnastica dolce), all'attivazione delle Palestre della Salute e degli erogatori di Attività Fisica Adattata.

2.4. Disassuefazione al fumo di tabacco e contrasto al consumo di alcool

Approfondendo i temi della disassuefazione dal fumo di tabacco e del contrasto del consumo di alcool, nell'ULSS1 Dolomiti sono stati attivate negli anni le seguenti offerte: ambienti sanitari liberi dal fumo, gruppi e ambulatori per smettere di fumare, il progetto di prevenzione "Fuoriposto" (Coordinamento Nazionale Safe Night delle Unità Mobili che operano nel mondo della notte e del divertimento); counselling motivazionale breve nei luoghi opportunistici; progetti di contrasto del consumo di alcol rivolto agli ambienti scolastici.

2.5. Invecchiamento attivo e prevenzione delle cadute dell'anziano

Per quanto concerne la tematica dell'invecchiamento attivo, ricompresa anche al punto 2 in merito alla promozione dell'attività motoria e della sana alimentazione, vengono proposti alcuni progetti relativi alla prevenzione delle cadute e degli incidenti domestici: ciclo di incontri sull'invecchiamento attivo "Verso l'Argento"; serate informative per la popolazione; realizzazione di poster e di video sulla prevenzione delle

cadute in casa. Queste iniziative vengono realizzate in collaborazione con i seguenti stakeholder: circoli per gli anziani, Comitato d'Intesa, Antenna anziani, Auser, Case di Riposo.

Tutte le attività riportate prevedono il coinvolgimento di vari profili delle professioni sanitarie: assistenti sanitari, tecnici della prevenzione, dietiste, educatori professionali, infermieri. Le attività richiedono una multidisciplinarietà e una sinergia tra le figure coinvolte al fine di sviluppare e concretizzare i progetti e soddisfare i bisogni prioritari per la cittadinanza della Provincia di Belluno.

3. Aree di miglioramento.

I dati epidemiologici evidenziati attestano la necessità di aumentare e migliorare le iniziative, anche preventive, di contrasto di alcuni capitoli di patologia di particolare rilievo: salute mentale, intossicazioni da monossido di carbonio (spesso correlate ad abitazioni inadeguate e "povere"), traumi da traffico (chiaramente intersecati con l'abuso alcolico).

Riprendendo i 5 temi affrontati, è possibile scorgere delle aree di miglioramento anche su questi fronti:

1. Le vaccinazioni anti TBE svolte in Provincia di Belluno raggiungono circa le 20000 dosi annue, questa attività richiede uno sforzo organizzativo che nessun'altra Azienda ULSS del Veneto è tenuta a mettere in campo. Differenziando la somministrazione tra prime dosi e successivi richiami, possiamo notare che il numero di prime dosi è tendenzialmente in calo nell'ultimo triennio. Su questo punto è necessario mettere in piedi ulteriori risorse per far sì che la cittadinanza usufruisca di questa opportunità e vengano avviati nuovi cicli di vaccinazione contro la TBE.
2. In merito al tema della prevenzione del melanoma maligno, la cui campagna di prevenzione sta prendendo piede non solo a livello provinciale ma anche a livello regionale, è possibile intravedere ulteriori azioni per il riconoscimento precoce delle problematiche della pelle: autonomia e capacità dei cittadini nell'autodiagnosi, possibilità da parte della medicina generale di effettuare una diagnosi accurata andando a ridurre l'invio dei cittadini agli ambulatori dermatologici.
3. Come intervenire sulle sedentarietà pediatrica? Alcune soluzioni potrebbero essere migliorare l'accessibilità agli sport organizzati (non solo agli sport invernali) e offrire un sostegno per gli spostamenti specialmente nei Comuni con meno di 5000 abitanti.
4. Disassuefazione al fumo di tabacco e contrasto al consumo di alcool: per quanto vengano svolte delle progettualità, le dimensioni del problema (specialmente per il consumo di alcol) sono enormi rispetto alle forze e alle proposte messe in campo. Appare comunque necessario un percorso progettuale inter-istituzionale (Sanità, Scuola, imprenditoria, volontariato, municipalità, forze dell'ordine, ecc..) orientato a: modificare il paradigma "positivo" che talora caratterizza l'uso-abuso di bevande alcoliche definendolo spesso come tratto di normalità-specificità territoriale, attivare percorsi educativi in ambito scolastico con criteri pedagogici adeguati e basati su prove di efficacia, migliorare la risposta sanitaria alle situazioni patologiche alcol correlate anche in relazione al sostegno delle famiglie con specifiche difficoltà interne.
5. La popolazione afferente all'Azienda ULSS1 si contraddistingue per indici di natalità e di vecchiaia preoccupanti, ancora più se confrontati con altre provincie e regioni. Anche in questo caso le dimensioni del problema non sono indifferenti e andrebbero affrontate andando a contrastare lo spopolamento dei piccoli Comuni, valorizzando l'ambiente montano e mettendo in campo campagne di sostegno della natalità, oltre alle progettualità per favorire un invecchiamento attivo, un invecchiamento in buona salute e contrastando la solitudine della popolazione anziana.

“Insieme è Meglio: Sfide e Successi nella Cooperazione tra Professionisti Sanitari”

Gruppo di Lavoro

Coordinatrice: **Lucia Dalla Torre** Direttore Distretto AULSS 1

Componenti Gruppo di lavoro

Michele Busatti	Coordinatore cantiere PNRR “case della comunità”
Paolo Battocchio	Direttore Valbelluna Servizi
Fabio Bortot	Medico Medicina Generale
Maurizio Cancian	Medico Medicina Generale
Paolo Fadigà	Medico Medicina Generale
Paolo Frena	Presidente Unione Montana Agordina
Luigi Pais De Mori	Presidente Ordine infermieri Belluno
Katia Pagotto	Coordinatore cantiere PNRR “Infermiere di Famiglia o Comunità”
Giulia Quariglio	Consulta Giovani Cadore
Gianpaolo Risdonne	Pediatra di libera scelta
Federica Schievenin	Coordinatore cantiere PNRR “farmacia dei servizi”

1. Razionale:

I moderni sistemi di sicurezza sociale devono oggi affrontare le sfide poste dal profondo cambiamento in atto, che vede, in contemporanea, una fase di **transizione demografica, epidemiologica e sociale**. Queste mettono in evidenza, in modo lampante, l’inadeguatezza di un modello assistenziale centrato sulla sola cura delle patologie acute all’interno di un contesto in cui invece le dimensioni della promozione della salute, della prevenzione e della riabilitazione svolgono un ruolo fondamentale.

Le ragioni che impongono un **cambio di paradigma** risiedono nell’enorme complessità dei processi che influiscono su salute e malattia. Le malattie croniche, che colpiscono ogni età della vita e vanno via via assumendo caratteristiche di clusterizzazione che dipendono dall’emersione di nuovi fattori di rischio, rappresentano la grande sfida dei servizi sanitari: esse, per definizione non guaribili, non possono essere adeguatamente affrontate né con un approccio di attesa, che interviene solo quando il patrimonio di salute della persona è già depauperato ed è impossibile restaurare la condizione di salute originaria, né da un modello assistenziale di matrice esclusivamente biomedica.

Le dimensioni con le quali è necessario interagire nella cura delle persone superano, infatti, la sola dimensione biologica della dicotomia salute-malattia e coinvolgono gli aspetti psicologici, esistenziali, culturali, sociali, economici, politici, ambientali, ecc. (noti nel loro complesso come determinanti di salute).

Da questa consapevolezza scaturisce la **visione progettuale di un sistema di assistenza** nel quale l’oggetto dell’azione non sia limitato al trattamento delle patologie, ma **orientato alla salute, centrato sulle persone e sulle comunità**.

Tale ambizioso obiettivo dipende dall’adozione di politiche per la salute che vadano oltre le dimensioni prettamente biomediche, interessando altri ambiti: il lavoro, i trasporti, l’alimentazione, l’educazione, l’abitare, l’attività fisica, ecc.

Con questa visione diviene prioritario **sviluppare servizi sanitari che superino un approccio prestazionale e frammentato dei sistemi di assistenza**, evitando anche l’illusione di una sufficienza dell’approccio alla salute di tipo prestazionale-specialistico talvolta alimentato dal concomitante straordinario sviluppo tecnologico della biomedicina.

Questo è maggiormente urgente nell'attuale contingenza, caratterizzata dalla crisi strutturale dei sistemi socio-sanitari-assistenziali.

Se infatti da un lato è acclarato l'incremento del numero di persone con malattie croniche e condizioni di non autosufficienza, conseguenza di un mancato intervento proattivo, preventivo e individualizzato, dall'altro lato si fatica a "mettere a terra" risposte adeguate e sistematiche capaci di privilegiare, innanzitutto, le **risposte più semplici e più vicine al contesto di vita delle persone**.

In assenza di queste risposte è noto come l'accentramento e la razionalizzazione/standardizzazione dell'offerta crei disuguaglianze in salute, dannose per i singoli e per le comunità, oltre che per l'equilibrio e la sostenibilità a lungo termine del sistema sociale.

La recente **riforma dei servizi sanitari territoriali (DM 77)** definisce come elementi cardine della riorganizzazione:

- lo sviluppo di strutture di prossimità, quale punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria per la popolazione di riferimento;
- il potenziamento delle cure domiciliari affinché la casa possa diventare il luogo privilegiato dell'assistenza;
- lo sviluppo di equipe multiprofessionali che prendano in carico la persona in modo integrato, unitario e proporzionale ai bisogni;
- l'introduzione di logiche sistematiche di medicina di iniziativa e di presa in carico, attraverso la stratificazione della popolazione per intensità dei bisogni;
- lo studio e applicazione di modelli di servizi digitalizzati, utili per l'individuazione delle persone da assistere e per la gestione dei loro percorsi, sia a domicilio (telemedicina e telemonitoraggio), sia per l'integrazione della rete professionale che opera sul territorio e in ospedale;
- attraverso la valorizzazione della co-progettazione con gli utenti;
- attraverso la valorizzazione della partecipazione di tutte le risorse della comunità nelle diverse forme e attraverso il coinvolgimento dei diversi attori locali (Aziende Sanitarie Locali, Comuni e loro Unioni, professionisti, pazienti e loro caregiver, associazioni/organizzazioni del Terzo Settore, ecc.).

Il processo di implementazione della riforma, salutata con favore in quanto introduce su tutto il territorio nazionale funzioni (innovative per molte regioni, già attive nella regione Veneto) e standard (di bacino di utenza e di personale) per la sanità territoriale, comporta una serie di passaggi attuativi a livello nazionale, regionale e aziendale.

Ai fini del presente documento preme sottolineare il valore, soprattutto a livello aziendale, della dinamica "bottom up" che trova spazio e dignità di rappresentazione nelle maglie del disegno complessivo dell'attualizzazione della riforma, monitorata a livello nazionale con il raggiungimento degli steps del programma NextGeneration EU.

Le **aree interne** sono a tal proposito un **osservatorio e laboratorio di estremo interesse**: affrontano in modo più radicale le sfide legate all'accessibilità, all'indice di vecchiaia elevato, allo spopolamento con la conseguente difficoltà nel reperire risorse umane che mantengano operativi i servizi sul territorio. Tali caratteristiche impongono attente **valutazioni di appropriatezza nel disegno dell'offerta**, che deve mantenere l'equilibrio di sistema anche con l'introduzione di logiche di stratificazione del bisogno. Le caratteristiche socio-demografiche delle aree interne, unite alla fragilità del contesto geografico, richiedono **risposte flessibili e resilienti**, anche valorizzando l'**innovazione** organizzativa e tecnologica.

Se nei modelli teorici si sottolinea l'importanza della **comunità come determinante essa stessa di salute**, è del tutto evidente che per le motivazioni sopra esposte in area montana la comunità costituisca risorsa imprescindibile. Si tratta di un soggetto, la comunità locale, costituito da stakeholder plurimi che a vario titolo, anche formale, rientrano nella rete dei servizi. Ma nella logica di rete entra a far parte dell'"interlocutore comunità" anche il tessuto (o capitale) sociale fatto di relazioni, interdipendenze, fragilità, singolarità, ecc.

Sicuramente quando il legislatore ha definito “case di comunità” le strutture di prossimità nelle quali l’equipe multiprofessionale eroga la presa in carico sanitaria e sociosanitaria, ha posto l’accento sulla **personalizzazione (adattamento locale)** cui ognuna di queste strutture può ambire.

Nei paragrafi seguenti è riassunto lo stato dell’arte ed il piano di sviluppo che il gruppo di lavoro ha discusso nelle due direttrici dello sviluppo delle equipe multiprofessionali dedicate alle cure di prossimità (Assistenza Primaria) e della valorizzazione delle reti di comunità.

2. Equipe multi professionale: competenze in cammino

L’*équipe* multi professionale di assistenza primaria è composta da un nucleo operativo di base costituito dal Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta, Infermiere territoriale, collaboratore amm.vo o di studio.

Nel contesto allargato l’*équipe* si implementa con altre figure sanitarie (farmacista, psicologo, fisioterapista, medico specialista) e sociali, in primis l’assistente sociale che costituisce a tutti gli effetti una componente “fissa” delle *équipe* integrate.

Obiettivo dell’equipe è erogare risposte organizzate ai bisogni della popolazione di riferimento:

- nei quattro ambiti principali di cui si compone l’assistenza primaria (promozione della salute e prevenzione, gestione delle malattie croniche, gestione della fragilità e fine vita, risposta ai bisogni non differibili)
- in setting diversi e flessibili (ambulatorio, domicilio, residenze assistenziali... comunità?);
- con una logica di collaborazione professionale che ottimizza le competenze di ciascuno al fine di dare un servizio adeguato e proporzionato al bisogno;
- utilizzando strumenti di integrazione professionale quali la pianificazione degli interventi in modo personalizzato sulla base dei bisogni del paziente (PAI)

2.a. MMG/PLS

Analizzando lo stato dell’arte in Azienda Ulss1 Dolomiti si evidenziano:

- forme associative della Medicina Generale: 4 Medicine di gruppo Integrate MGI (Belluno, Comelico, Feltre, Longarone/Zoldo) che offrono assistenza a circa il 20% della popolazione della fascia over 14anni. 5 Medicine di gruppo MG, 11 medicine di rete e 10 medici singoli;
- forme associative dei PLS, attive 2 associazioni.

Punti di forza:

- Le forme associative più complesse, sia MGI che MG, pur garantendo la presenza medica maggiore nella sede di riferimento, **assicurano la capillarità di risposta** anche grazie al **mantenimento ambulatori periferici**. I medici così organizzati esprimono un importante gradimento circa la modalità organizzativa, che, grazie alla presenza di collaboratori di studio ed infermieri, ha consentito di “sopravvivere” rispetto all’aumentato carico di lavoro determinato dall’aumento delle richieste da parte dei pazienti.
- Vi è inoltre la percezione da parte dei medici di offrire un servizio di migliore qualità, per il quale i pazienti sono disposti anche a rinunciare ad “avere il medico sotto casa”.
- Sono diffusamente utilizzate le **sedi distrettuali periferiche**, sia da medici singoli che da medici in rete, garantendo una presenza medica di prossimità e favorendo l’integrazione professionale con le altre figure (infermiere e assistente sociale) già presenti nelle stesse sedi. La possibilità di inserirsi nelle sedi distrettuali avendo fin da subito contatto con le altre figure professionali che operano nella comunità ha favorito l’inserimento di giovani/nuovi medici altrimenti in difficoltà nell’affrontare da soli il nuovo contesto lavorativo.
- Dovendo fronteggiare momenti di carenza di professionisti anche con il supporto di colleghi della **Continuità Assistenziale (contratti diurni)** l’Azienda Ulss1 ha dotato tali professionisti di un **unico sistema informativo** identico a quello della maggioranza dei MMG, per favorire la **continuità informativa**.

- Nella gestione delle patologie croniche ed in parte delle prestazioni non differibili è nota la possibilità di utilizzare **strumenti di diagnostica di base**, il cui uso appropriato in assistenza primaria è primariamente l'estensione dell'esame obiettivo ed il supporto alle decisioni cliniche di base (diagnosi differenziale, scelte terapeutiche, indirizzo al secondo livello). In Azienda Ulss1 si sono **dotate le MGI di ecografo, elettrocardiografo, spirometro**. È stata recentemente adottata una deliberazione che prevede di fornire un ecografo anche a MMG che operano singolarmente o in rete. È stato definito e attuato un **corso per l'utilizzo dell'ecografo** in assistenza primaria, con moduli online ed in presenza.

Criticità:

- La **carenza di candidati al ruolo MMG e PLS**, unitamente alla curva anagrafica che permette di prevedere un rilevante tasso di cessazioni per quiescenza (il 42% dei MMG in servizio in Azienda ha un'età superiore ai 61 anni), fa emergere la fragilità di tenuta dell'intero sistema di copertura universale. In Azienda Ulss1 si sono messe in atto numerose strategie per garantire l'assistenza, grazie alla **disponibilità dei medici in servizio ad aumentare il proprio carico** di pazienti. Aggiunta a ciò la spasmodica ricerca di professionisti, anche giovani neolaureati, a cui affidare incarichi provvisori, ha sì permesso di dare risposta nell'immediato ma ha slantizzato il rischio di elevato turnover, soprattutto nei territori più svantaggiati e periferici. Come è comprensibile il **giovane medico** che acquisisce in un sol colpo 1550 o più assistiti ha necessità di **affiancamento e tutorship**, non sempre facili da garantire in un sistema così sovraccarico.
- La mancanza di continuità sia informativa (perdita dei dati clinici per l'alternarsi di medici diversi) che relazionale è un vulnus rilevante. Oltre alla perdita da parte del curante di conoscenza circa il paziente ed il suo contesto, aumenta l'ansia del paziente di rimanere senza riferimento per la propria salute, soprattutto se si tratta di persone anziane e fragili. Questo porta con sé un aumento della domanda, anche inappropriata, una potenziale **mancanza di fiducia nel sistema di assistenza, con conseguente ricorso ad altri livelli di cura (Pronto Soccorso, specialistica ...)**.
- L'innovazione organizzativa e l'introduzione di strumenti di diagnostica, pur essendo descritti tra i punti di forza, divengono un momento di criticità nel momento in cui si mantiene una disomogeneità di applicazione nel territorio a medio-lungo termine (medici di serie a e di serie b, cittadini di serie a e di serie b).

Proposte:

- Prosecuzione **nell'attivazione di medicine di gruppo**, utilizzando laddove possibile la logistica capillare distrettuale (sedi distrettuali), da rendere idonea allo scopo anche in collaborazione con le Amm.ni Comunali e stakeholder locali.
- Ipotesi progettuale per Agordo, Alpago, Setteville
- Introduzione di **elementi innovativi e sfidanti per le forme associative avanzate** (MGI e MG), quali ad esempio l'utilizzo dello strumento telemedicina (televisita, telecontrollo, teleassistenza) e la messa a regime dell'uso di strumentazione diagnostica di base.
- Prosecuzione della **formazione all'utilizzo degli strumenti di diagnostica di base**, anche con il metodo dell'audit e dei piccoli gruppi. **Dotazione di ecografi** ai MMG formati
- Identificazione di **MMG con particolare interesse** o con competenze specialistiche disponibili a supportare i colleghi ed il Distretto nei **processi formativi**
- Strutturazione delle **Aggregazioni Funzionali Territoriali** come nodo di **governance** e sviluppo monoprofessionale.

2.b. Infermiere Territoriale

L'introduzione della figura dell'Infermiere di Famiglia o Comunità, prevista dal DM 77 e dalla DGRV 1123 del 19 settembre 2023, vede in Azienda Ulss1 l'attivazione sperimentale di un modello di infermieristica di comunità nel Distretto di Feltre già dal 2022.

Attualmente sono presenti 5 infermieri territoriali (4 dipendenti + 1 progetto Cariverona) afferenti al Servizio di Infermieristica di Famiglia o Comunità del Distretto 2, con circa 1500 persone in carico.

Nel novero degli Infermieri Territoriali sono stati mappati tutti gli infermieri dipendenti dall'Azienda Ulss1 che lavorano nelle strutture territoriali dei due distretti, al fine di includerli nella formazione regionale prevista.

Punti di forza:

- Il **Servizio IfoC sperimentale** del Distretto 2 è pensato all'interno della filiera infermieristica territoriale e affianca il MMG nella individuazione e presa in carico di persone over65enni contraddistinte da **marcatori di fragilità**, sia sanitaria (polifarmacoterapia, rischio caduta, ricoveri ripetuti, incontinenza urinaria, iniziale decadimento psico-fisico) che sociale (isolamento/solitudine, lontananza dai servizi). Agisce nel territorio di riferimento sia in setting ambulatoriale che domiciliare che comunitario. Segnala il paziente agli altri nodi dell'assistenza distrettuale (ADI, Cure Palliative, Ambulatorio infermieristico) secondo procedure codificate.
- Si è strutturata una **formazione regionale per orientare tutti gli Infermieri Territoriali** al metodo di lavoro dell'infermieristica di famiglia; oltre a questo in Azienda Ulss1 sono stati identificati gli infermieri che hanno acquisito il master in Infermieristica di Famiglia e/o la Laurea Magistrale in Cure Primarie.

Criticità:

- **Carenza di professionisti infermieri**, già evidente e, in previsione, sempre più cogente.
- Presenza di **figure professionali non dipendenti dall'Azienda Ulss**, ma inquadrati con vari tipi di contratti all'interni delle risorse messe a disposizione dalla gara d'appalto per l'esternalizzazione del servizio ADI e Cure Palliative nel Distretto di Belluno.
- Lo stesso dicasi per gli **infermieri assunti direttamente dai MMG** nelle Medicine di Gruppo o su propria scelta personale.
- **Resistenza al cambiamento** in relazione alla collaborazione interprofessionale da parte di professionisti abituati a lavorare in autonomia.

Proposte:

- sviluppo del **modello di funzionamento del Servizio dell'Infermieristica di Famiglia** ancorandolo alla **Casa della Comunità (avvio Agordo e Feltre nei primi sei mesi 2025)**, integrando la modalità centrata sulla presa in carico della fragilità con il modello di presa in carico infermieristica dei pazienti cronici nei PDTA, come avviene nelle Medicine di Gruppo Integrate. A tale scopo si propone di introdurre una metodica codificata e condivisa con Mmg e specialisti di **stratificazione della popolazione** in base alla presenza di cronicità e alla complessità assistenziale.
- avvio di **percorsi di formazione che vedano coinvolti sia gli infermieri delle Case della Comunità che gli infermieri delle MGI e MG**, definendo profili di competenza infermieristica per la presa in carico del paziente cronico in tutto il territorio aziendale

2.c: Il ruolo del farmacista e la farmacia dei servizi

Delle 78 farmacie presenti in Azienda Ulss1, circa la metà hanno aderito alle progettualità proposte con la delibera recante indirizzi circa l'attuazione della farmacia dei servizi nella regione Veneto (ad oggi 37 per lo screening dell'ipertensione arteriosa non nota, 33 per lo screening dell'ipercolesterolemia non nota, circa 20 al progetto di monitoraggio dell'aderenza terapeutica per diabete e BPCO, 35 disponibili all'effettuazione della televisita generale e 30 per quella specialistica, circa 26 per l'effettuazione dell'elettrocardiogramma mentre poco più di 20 per l'holter pressorio e cardiaco).

Sono inoltre impegnate nella somministrazione stagionale di vaccinazioni antinfluenzali.

Punti di forza:

- la **capillarità** delle Farmacia nel territorio, unita al rapporto fiduciario costruito dai farmacisti con i propri clienti, rappresenta un nodo non trascurabile nel disegno di un modello di servizio di prossimità;
- la farmacia è già da tempo un nodo di rete nell'introduzione e sviluppo delle progettualità di informatizzazione e digitalizzazione della sanità, maturando **esperienza e conoscenza nell'accesso ai servizi di sanità digitale**, a servizio della collettività

Criticità:

- Lo sviluppo dei servizi innovativi correlati alla farmacia dei servizi non è sempre semplice per le **piccole farmacie di periferia**, che incontrano difficoltà sia nel reclutare figure professionali che nell'individuare spazi adeguati per l'attività aggiuntiva;
- vi è il rischio di percepire la farmacia dei servizi come "concorrenziale" rispetto alle altre forme organizzative dell'assistenza primaria, contribuendo alla **frammentazione della risposta**, soprattutto in carenza di un disegno complessivo e condiviso dell'offerta.

Proposte

- **coinvolgere le farmacie nella organizzazione dell'offerta delle prestazioni** all'interno del **bacino di riferimento delle Case di Comunità**, prestando particolare attenzione all'integrazione delle informazioni tra i vari attori (MMG, specialista, servizio IfoC)
- definire il contributo della farmacia dei servizi, anche con approccio sperimentale, in relazione a **specifiche azioni e per target specifici di popolazione** (ad es. colmare il "digital divide" della fascia di popolazione 50/70enne, supportare le azioni di riconciliazione terapeutica in collaborazione con MMG e IfoC, supportare azioni di contrasto all'antimicrobicoresistenza, supportare azioni di counselling circa stili di vita o iniziative di promozione della salute)

3. Reti di comunità: contributi per la sperimentazione

La ricchezza e l'attaccamento degli attori presenti nelle nostre comunità è un punto di forza che determina, ad oggi, uno dei maggiori freni all'abbandono dei territori montani.

Ad uno sguardo superficiale può apparire che l'orgoglio identitario delle nostre comunità si traduca in battaglie per "mantenere ciò che c'è", combattendo a priori la logica economicistica dell'accentramento.

In realtà, nell'ottica dell'approccio di rete per dare risposte ai bisogni complessi, le azioni di sussidiarietà espresse dal volontariato e dall'associazionismo, l'erogazione di servizi alla persona garantita dai Centri Servizi / Aziende per i Servizi alla Persona, la presenza di un terzo settore consapevole ed innovativo, l'interlocuzione con il mondo dell'impresa e del lavoro, così come con quello della Scuola e degli Enti locali (in primis le Amm.ni comunali) rende **specifico e differente per ogni contesto locale l'interazione del cittadino con il sistema dei servizi**.

Il gruppo di lavoro ha individuato tre aree di interesse su cui lavorare in ambito comunitario partendo dal mandato di co-progettazione o disegno partecipato dei servizi sotteso alla definizione di Casa di Comunità:

3.a. Strutturazione, avvio e manutenzione del Punto di Unico Accesso:

Identificato come luogo fisico o virtuale dove il cittadino trova una prima lettura e decodifica dei propri bisogni per venire poi indirizzato verso il servizio di presa in carico, il PUA è già di per sé una sfida in quanto integra figure professionali appartenenti alla filiera sanitaria (distretto) e alla filiera sociale (Ambito Territoriale Sociale).

Il mandato è "rendere semplice" la fruizione dei servizi in base al bisogno, possibilmente evitando di allungare la filiera che, fortunatamente, nel nostro contesto aziendale è molto corta.

La proposta progettuale relativa all'attivazione per step di questa tipologia di offerta è in fase avanzata di formulazione da parte del cantiere "casa della comunità" aziendale. Si propone tuttavia di **prevedere un momento partecipativo** che permetta di raccogliere aspettative e possibili ostacoli percepiti dalla comunità locale, eventualmente stimolando una **riflessione sui nodi locali (antenne di comunità) che potrebbero attivare il PUA per situazioni altrimenti non intercettate dai servizi socio-sanitari**.

3.b. Definizione partecipata del Progetto di Salute

L'output previsto dalla presa in carico multiprofessionale nella casa della comunità è la definizione con/per il paziente di un progetto di salute personalizzato. L'obiettivo è molto ambizioso e supera lo strumento del Piano Assistenziale Individualizzato (che è solo una parte del progetto di salute) a cui tipicamente facciamo riferimento per la gestione delle malattie croniche (PAI= chi fa che cosa e quando per monitorare e gestire al meglio la patologia cronica).

Il progetto di salute contiene in sè **elementi di prevenzione, obiettivi di autocura, il programma terapeutico e di follow up, la opportunità di attivare percorsi e-health, il Piano assistenziale o riabilitativo individualizzato, fino alla definizione del budget di salute** individuale, ovvero “l’insieme delle risorse individuali, familiari, sociali e sanitarie, attivato per sostenere e consolidare i progetti di domiciliarità, interventi relativi all’abitare e di integrazione nel contesto produttivo e/o sociale con la finalità di contrastare e, se possibile, prevenire, la cronicizzazione istituzionale”.

Ciò che a livello di pianificazione interistituzionale si delinea nel Piano di Zona, a livello di presa in carico si concretizza nel progetto di salute.

La proposta, in fase di attivazione delle case della comunità, è quella di **costruire un sistema informativo che raccolga e monitori i progetti di salute avviati**. Ciò potrebbe permettere una **analisi ex post delle risorse attivabili e dei bisogni per cui manca una risposta**, da utilizzare e socializzare per la programmazione locale.

3.c Fare tesoro delle esperienze di rete di comunità:

nel gruppo di lavoro sono emerse esperienze progettuali che si connotano per l’attivazione della comunità locale attorno ad obiettivi di salute.

Elemento che contraddistingue ciascuna di queste progettualità è la presenza **dei Centri Servizi alla Persona** come partner e come **“motore operativo”, risorsa del nostro territorio** e interpreti di un ruolo che va ben oltre la cura residenziale degli anziani non autosufficienti.

Tra questi:

- **Il Filo di casa in casa:** progetto nato nella comunità di Borgo Valbelluna dalla sinergia tra il Comune e la Valbelluna Servizi srl per creare una trama di relazioni, condivisioni, conoscenze e identità tra gli anziani del territorio, le associazioni di volontariato ed i professionisti. Puntando sulla presenza di operatori di prossimità collegati ad una rete di professionisti, per l’accoglienza e l’orientamento degli anziani in difficoltà e delle loro famiglie, il progetto, finanziato da Cariverona, ha fatto rete raggiungendo anche l’obiettivo di attivare percorsi di avvicinamento al volontariato e di partecipazione ad attività di promozione della salute e prevenzione.
- **Welfare di comunità a Sedico:** la collaborazione del Comune di Sedico, Sedico Servizi, cooperativa Itaca e Az. Ulss1 ed il finanziamento da parte di Cariverona, hanno reso possibile l’attivazione della figura di Infermiere di Famiglia che collabora attivamente con MMG e Assistete Sociale a favore della popolazione anziana. Tale professionista, inserito nelle attività dei circoli anziani è divenuto un facilitatore rispetto all’iniziativa di promozione della salute “ArgentoVivo” condotta in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione.
- **“Uno sguardo comune – rete di collaboratori familiari di prossimità”** in Val di Zoldo, attivo grazie al finanziamento di fondazione Cariverona, è coordinato dal Circolo Cultura e Stampa bellunese e vede come partner il Comune di Val di Zoldo, l’Unione Montana Cadore Longaronese Zoldo e l’Azienda Speciale servizi alla persona Longarone Zoldo. È attivo dal 2022 e si prefigge di contrastare l’isolamento delle persone anziane, mettendo a disposizione operatori per il trasporto, sia collegato a problemi di salute (visite mediche, specialistiche, esami) che per favorire momenti di socialità e cura della persona.
- **I centri Sollievo nell’agordino:** avviati da anni nel territorio agordino, promossi e condotti operativamente da ASCA all’interno della programmazione annuale in convenzione con l’Az Ulss1 che riceve un finanziamento regionale, i Centri Sollievo sono momenti di aggregazione strutturata rivolti alle persone con decadimento cognitivo, al fine di permettere momenti di condivisione comunitaria per i pazienti e di sollievo per i loro caregiver. Sono attivi ad Agordo, Cencenighe Agordino, Gosaldo e Rocca Pietore e sono divenuti uno dei poli aggregativi riconosciuti come un valore nella comunità.

“Salute della Mente, Forza della Comunità: Promuovere la Consapevolezza e la Resilienza”

Gruppo di Lavoro

Coordinatore: **Gerardo Favaretto** Psichiatra – Consulente ULSS 1 Dolomiti

Componenti Gruppo di lavoro

Paola Paludetti	Direttore Servizi Sociali AULSS 1
Elena Arena	Psicologo Psichiatria Belluno coordinatore DNA
Paola Agostini	AITSAM Belluno
Angelo Brega	Primario Psichiatria Feltre
Fabio Bortot	Medico Medicina Generale AULSS 1
Carlo Alberto Camuccio	Infermiere Coordinatore Venezia
Marilisa Corso	Coordinatore Infermieristico AULSS 1
Laura Cumerlato	Assistente Sociale AULSS 1
Gianluca Dal Borgo	Sindaco Chies d'Alpago
Moreno De Rossi	Direttore Dip. Salute Mentale AULSS 3
Aldo Gatto	Primario Psichiatria Belluno
Amalia Manzan	Direttore SERD AULSS 1
Cristina Micheluzzi	Direttore UOC Infanzia Adolescenza Famiglia Belluno
Loris Scopel	Tutti in campo Feltre

1. Introduzione

La situazione dell'assistenza psichiatrica e in generale del lavoro in salute mentale (intesa in senso globale con riferimento a tutte le aree di fragilità) nel territorio della AULSS 1 è fortemente condizionata, come è naturale, in termini di problemi e di opportunità, dalle caratteristiche geografiche, demografiche e socio-culturali del territorio.

Il Dipartimento di salute mentale (DSM) deve garantire diagnosi, cura, riabilitazione e prevenzione alla comunità offrendo i servizi per gli interventi di tipo ospedaliero, territoriale e riabilitativo nonché attuando interventi e connessioni necessarie per la coesione nelle comunità e la promozione di una cultura della salute mentale inclusiva. La salute mentale va intesa, però, in senso più ampio: il termine salute mentale comprende un insieme di bisogni che non sono sovrapponibili alle esclusive necessità delle persone comprese nella fascia di competenza del DSM (18-65 anni) ma si riferisce a una dimensione della salute ampia e irrinunciabile che fa parte della condizione stessa delle persone nella loro vita ed è particolarmente fragile in condizioni di vulnerabilità conseguenti non solo alla presenza di disturbi mentali ma anche a fasi peculiari di tipo evolutivo (infanzia, adolescenza) o involutivo (età geriatrica) o a comportamenti problematici (dipendenza) o alla presenza di disabilità congenite o acquisite.

Un approccio centrato alla persona comporta la necessità di porre al centro la questione della fragilità/vulnerabilità dell'individuo anche in considerazione dei suoi contesti di vita e degli obiettivi di vita coerenti con le stesse fragilità. Lo stesso approccio non può escludere, nella gestione dei bisogni, l'inclusione dei contesti (famiglie, dinamiche di funzionamento sociale) nei quali si pone la condizione di fragilità, ovvero la possibilità di condividere con i portatori del bisogno obiettivi e scelte che è una delle condizioni necessarie al raggiungimento di un recovery.¹

Questo documento vuole muoversi sia sul versante riorganizzativo ma anche su quello della promozione culturale di un modo da interpretare il lavoro in salute mentale evoluto sia rispetto ai vecchi contesti

¹ Con questo termine si vuole intendere l'obiettivo di salute proprio di ogni individuo nel complesso del suo funzionamento globale dentro il proprio contesto di vita.

manicomiali ma anche rispetto a modelli post manicomiali facendo esperienza di quanto emerso in questi anni alla ricerca di risposte coerenti efficaci, accessibili, globali.

Le garanzie di un progetto fondato sui principi di una pratica di comunità non possono essere date se non dai valori che ne stanno alla base, perciò, questo documento viene organizzato secondo la rivisitazione di alcuni di questi valori e principi che stanno a fondamento di un lavoro sulla salute mentale a quei valori ispirato.

2. Accessibilità dei Servizi

L'accessibilità non è solo un fattore esclusivamente legato alle strutture ma è anche dipende dalla coerenza dei processi organizzativi facilitanti l'utilizzo dei servizi da parte dei portatori di bisogno: ovvero la possibilità di comunicare, ricevere informazioni, poter utilizzare il servizio nel modo più vicino ai bisogni dell'utente, partecipare al proprio percorso di cura in modo attivo.

Le difficoltà di accesso ai servizi non sono quindi secondarie alle sole caratteristiche complesse del territorio ma anche al modo con cui il DSM viene visto dagli operatori sanitari e sociali e dalle persone, su quanto sia effettivamente conosciuto del suo funzionamento e su come poterne utilizzare le funzioni. Anche per quel che riguarda la possibilità di utilizzare strumenti digitali fra le indicazioni che la letteratura suggerisce per il loro utilizzo in psichiatria ve ne sono almeno due che trovano piena corrispondenza nel territorio della Aulss 1 ovvero

- la carenza di professionisti
- la difficile accessibilità strutturale ai servizi a causa delle caratteristiche del territorio.

Vi è, infatti, evidenza dell'equivalenza, in termini di efficacia, di interventi on line, se questi sono paragonati a interventi face-to face, non solo per quel che riguarda le visite di controllo ma anche per interventi più specifici come le psicoterapie

Proposte

- Migliorare la comunicazione con l'utenza: offrire spazi e punti di ascolto specie nei territori meno prossimi alla sede fisica dei servizi; favorire la comunicazione a distanza (vedi il terzo punto qui sotto); far conoscere i servizi e le opportunità che offrono attraverso contatti presso le agenzie sociali del territorio; condividere con gli interessati i programmi terapeutici e riabilitativi.
- Relativamente alle procedure di accoglienza già definite dal DSM queste devono essere applicate in tutte le strutture, a seconda delle specificità, ma, in particolare, nei CSM.
- Implementare la possibilità di connessioni a distanza: da questo punto di vista i primi passaggi potrebbero essere l'avvio della attività in video conferenza e l'uso di applicazioni di messaggistica come interfaccia utente CSM. L'avvio di tali attività comporta oltre che una formazione del personale dei CSM alle procedure e alle modalità di avvio e supporto delle attività anche una adeguata informazione dell'utenza al fine di identificare le persone che possono presentare maggiori attitudini verso questa modalità relazionale sia che possano essere supportate a utilizzare gli strumenti in modo efficace e appropriato.
- Consolidare il teleconsulto tra MMG, PLS, Medici specialisti e Pronto Soccorso e il Servizio psichiatrico (CSM- Medico Psichiatra di guardia), anche allargandolo agli altri servizi territoriali specie per quei casi che necessitano di una gestione integrata.

3. Efficacia e globalità degli interventi e organizzazione dei servizi

L'efficacia è la dimensione nella quale gli interventi attuati sono effettivamente utili a raggiungere gli obiettivi ai quali erano finalizzati. Questa dimensione è trasversale a tutte le attività del DSM e comporta la necessità costante di verifiche delle attività e quindi di conoscere ciò che si fa nei servizi. La globalità è la capacità dei servizi di includere gli interventi della persona in una visione complessiva che tenga conto del percorso e del progetto individuale e che non frammenti i singoli interventi.

Per valutare l'efficacia è necessaria una funzionale raccolta di dati e informazioni:

Il sistema informativo

Attualmente le attività del DSM alimentano regolarmente i flussi informativi regionali e da parte degli operatori vi è una presa visione parziale delle loro attività e dei dati che le rappresentano. Pur essendo in implementazione il Sistema informativo ospedaliero, non è ancora pienamente funzionante una cartella clinica informatizzata consultabile con un semplice accesso alla rete aziendale, di conseguenza, non risulta esserci condivisione fra i servizi di dati informatizzati relativi agli utenti .

Proposte

- Sottoporre agli operatori con regolarità almeno semestrale i dati delle loro attività
- Avviare una cartella clinica informatizzata unica condivisa per il DSM (possibilmente condivisibile con gli altri servizi del territorio)
- Rendere accessibili le informazioni per l'attività di emergenza e ospedaliera

4. Assistenza ospedaliera ed emergenze

Nonostante l'erronea convinzione che la presenza di un SPDC corrisponda a una migliore assistenza psichiatrica sia particolarmente diffusa presso alcuni dei soggetti del territorio e, in parte, fra gli stessi operatori, i dati di questi anni dell' SPDC sembrano indicare tendenze in miglioramento che, seppur ancora superiori a medie regionali, indicano di poter riportarsi su valori attesi.

In considerazione del fatto che viene dato al DSM un mandato istituzionale (vedi normative regionali e nazionali per garantire sulle 24 ore risposte alle situazioni di emergenza ed urgenza in ambito psichiatrico è particolarmente importante la definizione di procedure scritte relativamente alla gestione delle emergenze. Queste riguardano non solo la gestione di eventuali TSO o ASO, per i quali è necessario definire un protocollo aggiornato, ma anche per la gestione dei casi ordinari. L'efficace gestione delle emergenze comporta anche la necessità di una definizione condivisa di cosa l'emergenza sia e non è sufficiente che tale definizione sia solo un atto interno del DSM ma va condivisa con tutti i servizi che si occupano in generale di emergenza e con i servizi territoriali che sono destinati ad altri ambiti della fragilità

Relativamente alle procedure relative ai Trattamenti e Accertamenti sanitari obbligatori è fondamentale fare riferimento alle procedure di cui alla DGR n. 847 del 31 marzo 2009 ovvero Linee guida regionali in tema di accertamento e trattamento sanitario obbligatorio.

Proposte

- Implementare attività di psicoeducazione per i pazienti ricoverati
- Migliorare interventi psicoeducativi per la definizione e la gestione dell'emergenza per utenti e famiglie
- Attivare connessione telefonica o anche in videoconferenza con medico reperibile SPDC e per consultazioni on line H 24 da parte di MMG- continuità assistenziale
- Promuovere l'applicazione coerente e critica delle norme, raccomandazioni e linee guida già prodotte in tema di ASO e TSO, con un puntuale monitoraggio e valutazione degli esiti e attivare un gruppo di lavoro con il coinvolgimento prefettizio relativamente a TSO ed ASO
- Promozione e incremento di eventi formativi all'interno dei servizi e trasversali in linea con le EBM
- Revisione / stesura dei processi relativi alla gestione della emergenza e urgenza
- Inclusione nei processi di utenti e familiari con esperienza dell'uso dei servizi attraverso la creazione di una partnership e rete con gli Esperti in Supporto tra Pari, adeguatamente formati, come risorse spendibili e valorizzabili nelle varie fasi ed articolazioni dell'intervento dei Servizi sul disagio mentale, dal riconoscimento precoce, attraverso la presa in carico, nelle situazioni di crisi e nella prevenzione delle ricadute

5. Prossimità dei servizi: l'assistenza territoriale

Centri di salute mentale

In coerenza alla tutte le programmazioni relative alla salute mentale il centro di salute mentale (CSM) è il fulcro organizzativo della attività del Dipartimento.

Le specificità del territorio (estensione, dispersione demografica) comportano la necessità di articolare modalità organizzative flessibili ed adeguate a garantire, come già visto, accessibilità ai servizi, una equità

nei trattamenti e nelle risposte oltre alla loro efficacia e alla efficienza in relazione alle risorse disponibili. La prevalenza dei pazienti in carico sembra in linea con le medie regionali ma i dati, specie di incidenza, diagnosi ed età meritano ulteriori approfondimenti.

L'attività dei CSM, pur condizionata dalla nota carenza di medici psichiatri, può contare sulla presenza di altro personale in grado di fornire ascolto e una prima valutazione dei bisogni nonché della possibilità di erogare prestazioni specifiche sia di tipo terapeutico che riabilitativo.

Proposte

- Rivedere l'organizzazione di alcuni CSM per implementare il lavoro di equipe. Per quel che riguarda in particolare il CSM di Feltre (già sede di un SPDC) è possibile offrire l'opportunità innovativa per la regione Veneto di gestione della crisi allargando l'intervento alle 24 ore come da progetto già definito e condiviso.
- Progettare punti di ascolto e di accesso prossimali ai diversi territori anche in collaborazione con i comuni.
- Implementare la definizione delle prestazioni per intensità di cura e individualizzazione dei programmi terapeutico riabilitativi (vedi programmazione regionale e nazionale)
- Implementare il modello del case management in Psichiatria
- Promozione del lavoro di gruppo come valore organizzativo (vedi formazione)
- Implementare la partecipazione degli utenti e familiari anche come collaboratori esperti

Le strutture riabilitative e l'attività riabilitativa

È in piena attuazione la programmazione per l'offerta riabilitativa residenziale e semiresidenziale come da disposizioni regionali.

Principali criticità appaiono essere i tempi di permanenza nelle strutture residenziali e l'elevata età media degli utenti oltre alle caratteristiche delle strutture stesse. La collocazione strutturale delle comunità terapeutiche in particolare, a parte alcune situazioni che però sono minoritarie, segue il principio del riutilizzo di strutture precedentemente destinate ad attività sanitari come ex ospedali o anche l'ospedale psichiatrico oppure lasciti o donazioni in condizioni strutturali non particolarmente buone. Questa scelta ha alimentato la convinzione che le strutture siano riferimenti per specifici Comuni o territori confliggendo con una visione globale e dipartimentale della attuazione dei progetti riabilitativi residenziali.

Proposte

- Rivalutazione dei progetti terapeutico riabilitativi degli ospiti delle strutture residenziali, dalla stesura puntuale di PTRI ad ogni inserimento, attraverso il monitoraggio regolare e periodico e fino alla definizione della conclusione del percorso e di ulteriori sviluppi
- Coordinamento delle attività residenziali e semiresidenziali incluso il loro monitoraggio
- Promozione dell' "abitare supportato" (appartamenti , cohousing, uso di residenze di persone seguite dal DSAM che vivono da sole) sia come prospettiva per lungo assistenza sia per la gestione della crisi , in collaborazione con i Comuni e altre agenzie del territorio
- Revisione della collocazione delle strutture (anche in considerazione della adeguatezza ai criteri di accreditamento)
- Formare il personale al fine di Implementare le strategie di inserimento lavorativo anche attraverso la pratica dell'Inserimento supportato (IPS)

Aree prossimali e prevenzione

Particolarmente attuali appaiono i temi della maternità e della adolescenza sui quali che rappresentano anche realtà in cui è possibile attuare interventi preventivi. Anche se sono presenti protocolli di collaborazione con i servizi della disabilità e quello per le dipendenze, in applicazione alle disposizioni regionali, è necessario considerare la profonda trasformazione dei bisogni dell'utenza e il sovrapporsi dei bisogni : significativo il caso dell'uso di sostanze oggi molto più diffuso e la conseguente necessità di

evolvere il concetto di “doppia diagnosi che appare inadeguato perché non risolve a pieno il tema della integrazione degli interventi centrandolo sulla persona.

Il tema degli anziani e delle case di riposo invece sembra particolarmente importante specialmente in relazione alle problematiche legate al tema della residenzialità e al modo per assicurare alle RSA un supporto psichiatrico che favorisca l’inclusione di persone con disturbi mentali in età appropriata per l’inserimento nelle stesse.

Proposte

- Revisione / aggiornamento dei protocolli di collaborazione
- Programmi di formazione condivisa fra servizi territoriali a favore di un approccio integrato
- Ridefinire i piani assistenziali per le persone over 65 e protocolli con le RSA
- Programmi di intervento per adolescenti (vedi parte sulla telepsichiatria)
- Progetto per la salute mentale di genere
- Promozione id attività per l’individuazione dei casi a rischio per lo sviluppo di psicopatologia anche in collaborazione con i servizi per l’età evolutiva
- Coordinare con il distretto interventi a supporto dei MMG

6. Promuovere la cultura della salute mentale e dell’inclusione

La Formazione

La promozione di una cultura inclusiva della salute mentale è determinante per tutti i soggetti che afferiscono all’area sia come operatori sia come portatori di interesse sia per le agenzie sociosanitarie del territorio. Come dimostra il buon esito della settimana della salute mentale promuovere eventi e dibattito sul tema costituisce una risorsa a favore di una cultura inclusiva.

Proposte

- Attività formative dedicate al personale sia relative alla acquisizione di specifiche competenze professionali che di supervisione di gruppo
- Attività formative condivise con servizi con cui esistono protocolli di collaborazione (emergenza -urgenza, dipendenze, disabili, anziani, minori)
- attività informativa / formativa destinata a pazienti e famiglie (psicoeducazione, promozione della salute mentale)
- attività informativa rivolta alle comunità (Comuni, associazioni etc.)

Riferimenti

DPR 1 novembre 1999 – Approvazione del Progetto Obiettivo “Tutela della salute mentale 1998-2000”

DPR 7 aprile 1994 – Approvazione del Progetto Obiettivo “Tutela della salute mentale 1994-1996

Conferenza Unificata del 24 gennaio 2013 - Accordo ai sensi dell'articolo 9, comma 2 lett. C) del D.Lgs. 28 agosto 1997, 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane sul "Piano di Azioni Nazionale sulla Salute Mentale

Conferenza Unificata del 17 ottobre 2013 - Accordo ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lett. C) del D. Lgs. 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, Le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane sul documento concernente "Le strutture residenziali psichiatriche" (pdf 5Mb)

Decreto n. 129 del 22 dicembre 2022 - Disciplinare tecnico Flusso informativo Sistema Informativo Salute Mentale (SISM) -

DGR n. 1512 del 29 novembre 2022 - Definizione del modello organizzativo e gestionale dei Centri Diurni area salute mentale. Deliberazione della Giunta regionale n. 94/CR del 13 settembre 2022.

DGR n. 1673 del 12 novembre 2018 - Programmazione del sistema di offerta residenziale extra-ospedaliera per la salute mentale. Deliberazione n. 59/CR del 28 maggio 2018.

DGR n. 1437 del 01 ottobre 2019 - Approvazione posti letto strutture residenziali extraospedaliere area salute mentale relativi ai piani di massima delle Aziende Ulss. DGR 1673 del 12 novembre 2018.

Decreto DG n. 2 del 03 febbraio 2022 - Approvazione linee di indirizzo regionali per protocolli di collaborazione tra servizi per la disabilità età adulta e non autosufficienza e i dipartimenti salute mentale che dovranno definire le modalità per una presa in carico appropriata ai bisogni degli utenti.

Decreto DG n. 96 del 16 settembre 2020 - Approvazione delle "Linee di indirizzo regionali per la definizione di protocolli operativi di collaborazione tra i Dipartimenti Salute mentale e i Dipartimenti per le Dipendenze per favorire percorsi di cura integrati per pazienti con doppia diagnosi"

DGR n. 371 del 08 aprile 2023 - Definizione modello organizzativo e gestionale dell'area salute mentale.

Wpa statement telepsychiatry

https://www.wpanet.org/_files/ugd/842ec8_ffbb5cd0d874414383cffee34b511ec.pdf

G. Thornicroft e M. Tansella Per una migliore assistenza psichiatrica CIC ed. 2009

WPA. Position statement on e-Mental Health. www.psichiatria.it/wp-content/uploads/2017/10/FINAL-WPA-Positionstatement-on-eMental-Health-10072017.pdf.

Myers K, Turvey CL, editors. Telemental health. Clinical, technical, and administrative foundations for evidence-based practice. Amsterdam: Elsevier Inc 2013

Amaddeo F, Salazzari D, Salinas-Perez JA. Is a geographical approach worthwhile for epidemiological research in mental health? *Epidemiol Psychiatr Sci* 2015;24:38-41. doi:10.1017/S2045796014000705

“Cronici ma curabili: approcci integrati per migliorare la qualità della vita”

Gruppo di Lavoro

Coordinatore: **Giampietro Luisetto** MMG Esperto in Cure Palliative ULSS 1 Dolomiti- Coordinatore Veneto SICP

Componenti Gruppo di lavoro

Paolo Biacoli	Presidente Associazione Mano Amica Feltre
Cristina Bullo	Coordinatore PNRR ADI e Cure Palliative
Paolo Colleselli	Presidente Associazione Cucchini Belluno
Sonia D'Agostini	Presidente Associazione Pettiroso Agordino
Lucia Dalla Torre	Direttore Distretto AULSS 1
Giustina De Silvestro	Rappresentante del Comune di Domegge
Giuseppe Fornasier	Direttore Cure Palliative Belluno
Elena Maoret	Coordinatrice Cure Palliative Feltre
Stefania Morlin	Coordinatrice Cure Palliative Belluno
Maria Chiara Santin	Presidente ASCA
Giuseppe Zanne	Direttore Cure Palliative Feltre

1. Introduzione

Le aree interne rappresentano una parte significativa del territorio italiano, caratterizzate da una bassa densità abitativa e da una distanza considerevole dai principali centri di servizi; queste aree affrontano sfide uniche in termini di accessibilità ai servizi sanitari e sociali e l'assistenza territoriale assume un ruolo cruciale nel garantire il benessere delle comunità residenti.

La scarsa densità di popolazione, l'elevata prevalenza di persone anziane, la lontananza dai centri principali, la scarsa viabilità e la difficoltà nel trasporto pubblico, le condizioni meteorologiche spesso avverse sono tutti fattori che rendono più complessa la gestione di una rete di servizi territoriali efficiente.

A questo si aggiungono le difficoltà nel reclutamento del personale sanitario (spesso riluttante a lavorare in zone remote a causa delle condizioni di lavoro difficili) che condizionano pesantemente lo sviluppo e il mantenimento dei servizi, della mancanza di opportunità professionali e delle infrastrutture limitate ed un tuttora persistente “digital divide”, che limita l'implementazione e l'efficacia dei servizi di telemedicina, che potrebbero altrimenti alleviare alcuni dei problemi legati alla distanza e alla mancanza di personale.

Si rende così necessario uno sforzo aggiuntivo per individuare soluzioni innovative per fornire quei servizi territoriali in grado di ridurre le disuguaglianze, migliorare la qualità di vita, consentendo alla popolazione di continuare a vivere ed operare in queste zone e ridurre la necessità di ospedalizzazione in sedi spesso lontane e disagiate da raggiungere, specie per i soggetti a ridotta mobilità.

Affrontare le sfide dell'assistenza territoriale nelle aree interne richiede un approccio integrato e multidisciplinare, identificando gli strumenti per integrare l'intervento di governi, comunità locali e organizzazioni sanitarie, per garantire un accesso equo e di qualità ai servizi sanitari per tutti i cittadini, indipendentemente dalla loro ubicazione.

Tra i principali obiettivi del Piano Nazionale della Cronicità vi sono:

- **Migliorare la qualità di vita**, rendendo più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini
- **Contribuire al miglioramento della tutela per le persone affette da malattie croniche**
- **Ridurre il peso sull'individuo**, sulla sua famiglia e sul contesto sociale

2. Analisi del Contesto:

In base al rapporto di Azienda Speciale Consortile Agordina (A.S.C.A.) del 2020 si evidenziano alcuni dati rilevanti:

- Invecchiamento della popolazione ancor più marcato nei nostri territori rispetto alla media nazionale
- Attualmente si rileva un picco di over 50 che fra 20 anni diventeranno over 70
- Calo degli under 40

In altre parole stiamo assistendo a un progressivo invecchiamento della popolazione proiettato verso un "Inverno Demografico" e fra circa un ventennio avremo una popolazione di ultrasessantenni isolati, senza o con un caregiver di pari età, fragili, multimorbidi e multitrattati con un accesso limitato o difficoltoso ai servizi sanitari.

A fronte di queste previsioni demografiche ci troviamo con risorse economiche limitate da usare con appropriatezza e risorse umane quali infermieri, medici, operatori socio-sanitari e volontari ridotte per ragioni anagrafiche ma anche per la scarsa attrattività delle sedi di lavoro. Quindi si rende quanto mai necessario puntare sulla ottimizzazione e valorizzazione di ciò che abbiamo e avere come obiettivo principale la qualità della vita di questa popolazione.

È necessario potenziare la rete fisica e informatica attraverso la ottimizzazione delle figure già presenti e l'implementazione della rete informatica per mezzo di programmi di telesalute, telemedicina e telemonitoraggio.

3. Piano di Implementazione

3.a. Implementazione di piattaforme digitali condivise per la trasmissione delle informazioni cliniche.

Grazie alla condivisione in tempo reale delle informazioni, i professionisti possono:

- Monitorare le condizioni cliniche dei pazienti senza la necessità di spostamenti frequenti.
- Pianificare interventi mirati sulla base di dati aggiornati, evitando interventi superflui e garantendo un uso più efficace delle risorse disponibili.
- Migliorare la comunicazione

3.b. Servizi di Supporto a Domicilio

- Offrire **servizi di assistenza domiciliare** per gli anziani che vivono ancora nelle loro case, come aiuto nelle faccende domestiche, supporto medico, accompagnamento ai Centri Diurni (qualora presenti) o semplicemente compagnia.
- **Distribuzione farmaci a domicilio** e monitoraggio assunzione tramite ADIMED/CURE PALLIATIVE (vedi LEA- Progetto avviato) con benefici per i pazienti fragili e risparmio risorse economiche da reinvestire

3.c. Centri Servizi anziani "aperti" alla fragilità

Si rende necessario ripensare al ruolo dei CSA (Centri Servizi Anziani) soprattutto nei territori estremi con moduli aperti dove consentire ai pazienti anche non residenti in struttura ma con particolari necessità di trovare risposte in ambiente protetto o di ottenere una prima attenzione ai loro bisogni (es. Gestione del fine vita, Sedute dialitiche ecc).

Potrebbero offrire, con le opportune risorse economiche e umane, consulenze su temi come:

- la salute
- la nutrizione
- la prevenzione
- la formazione anche a caregiver familiari e non

Inoltre diventare luoghi in cui:

- **Curare la cronicità** in base alle esigenze che derivano dalla importante **transizione epidemiologica** in corso a causa della quale è necessario che la risposta tecnico-organizzativa del sistema sociale e sanitario si adegui tempestivamente ai mutamenti in corso e alle nuove esigenze, evitando l'ospedalizzazione e prediligendo interventi mirati alla prevenzione delle riacutizzazioni e alla gestione delle fasi terminali di vita.
- **Diffondere la cultura dell'Approccio Palliativo** (secondo Progetto Mano Amica 2018-2024 circa l'80% degli anziani decede nei CSA e dal 35 al 50% entro i 6 mesi dall'ingresso)
- **Attuare la formazione** per il personale interno, per familiari/caregiver e per il volontariato
- **Erogare** servizi sociali, psicologici e sanitari

Sempre in tema di Approccio Palliativo in alcuni Centri Servizi del Distretto di Feltre su proposta e sostegno dell'Associazione Mano Amica sono in fase di progettazione e costruzione le **"Stanze del Sollievo"** ossia **stanze di "Residenzialità Palliativa Extrahospice"**, costruite sul modello hospice, per accogliere e accompagnare le persone in fine vita; queste potrebbero rappresentare, specialmente nelle zone più periferiche, dei luoghi di accoglienza aperti anche al territorio per l'accompagnamento delle persone con aspettativa di vita limitata.

3.d. Medici di Medicina Generale Esperti in Cure Palliative o con Particolare Interesse

Negli anni 2021-2022 si è svolto a Belluno (con il contributo delle Associazioni Cucchini e Mano Amica e il supporto dell'Ordine dei Medici) un corso di formazione accreditato per medici di medicina generale con particolare interesse in Cure Palliative al quale hanno partecipato oltre 22 MMG; sei di questi nel maggio del 2024 hanno sostenuto l'esame a Trento per la certificazione Europea come Medici Esperti in Cure Palliative.

Questi medici potrebbero rappresentare delle figure di collegamento tra il territorio e l'Unità Operativa di Cure Palliative; per i Medici Esperti, ove presenti, si può pensare a una figura di consulente per i Centri Servizi qualora vi sia una carenza di MMG in sintonia e collegamento con le Unità Operative di Cure Palliative.

Con un'azione sinergica tra AULSS, APSS, società scientifiche SICP/SIMG, Ordine Medici, Enti Terzo Settore e Associazioni di Volontariato vista la specificità del territorio Bellunese e Trentino può trovare spazio un **"Progetto Dolomiti"** per l'assistenza ai pazienti fragili in territori disagiati.

3.e Medici di Medicina Generale: per una medicina di prossimità e di iniziativa

Il 1° Agosto 2024 ha preso avvio la sperimentazione di telemedicina e telesalute nei distretti di Belluno e Feltre con kit dedicati che vede una stretta collaborazione tra Infermieri ADI e MMG; lo scopo è quello di migliorare la qualità di vita dei pazienti fragili multimorbidi gestendoli al proprio domicilio e limitando gli accessi in PS e/o i ricoveri.

Tutto questo comporta una diversa organizzazione della medicina territoriale e una ottimizzazione dei percorsi dei pazienti cronici che necessitano anche di un potenziamento delle dotazioni strumentali di base. Recentemente le Medicine di Gruppo Integrate sono state dotate di ecografi; si propone di estendere anche a tutti gli MMG disponibili gli ecografi portatili previo corso di formazione sulla POCUS (point of care ultra sound).

3.f. Rete Locale Cure Palliative

- Oltre all'aspetto curativo è stato istituito nel 2023 il Coordinamento Rete Locale Cure Palliative con l'auspicio di una condivisione in tempo reale tra tutti gli attori delle informazioni sul paziente per ottimizzare tempo e risorse

- Il Coordinamento ha inoltre organizzato Corso sull'Approccio Palliativo già iniziato con il coinvolgimento di circa 270 professionisti (Infermieri, Medici, Psicologi, Assistenti Sociali)

- Il Coordinamento lavora per implementare la rete con tutte le strutture presenti nel territorio e sviluppare percorsi specialistici a domicilio

3.g. Pazienti pediatrici Onco-Ematologici in territori di montagna

Progetto sperimentale di sviluppo e potenziamento delle attività assistenziali in ambito emato-oncologico pediatrico, presso Azienda ULSS n. 1:

I nostri pazienti sono seguiti prevalentemente dal CR di Ematologia - Oncologia Pediatrica di Padova, a volte anche dai Colleghi di Verona.

In ogni caso tali centri non sono vicini e ogni viaggio o ricovero o DH comporta un grande dispendio di energie fisiche e mentali e risorse da parte delle famiglie coinvolte.

A partire dal 2019 è stata presa una decisione lungimirante da parte dell'ULLS 1 Dolomiti di potenziare le attività più semplici nella sede locale (cura delle complicazioni, terapie semplici, etc) più vicina ai pazienti. In particolare sono vissuti come molto stressanti i continui ricoveri ed esami per controlli che comportano continui accessi e/o viaggi verso i CR.

Nell'ottica di una specializzazione delle funzioni, **è stata individuata l'UOC Pediatria di Feltre come centro di riferimento** per le patologie emato-oncologiche in ambito pediatrico presso dell'Azienda ULSS n. 1 Dolomiti. Grazie al lascito "Maria Sanvido" si sono creati i presupposti per un modello assistenziale che funzioni come Centro Intermedio ideale per i territori di montagna, replicabile anche in aree geografiche non montane ma molto disperse.

3.h. Cure Palliative Pediatriche (CPP) in territorio montano

Nel 2023 Regione Veneto ha dato avvio a un corso di formazione su "Terapia del dolore e cure palliative pediatriche. Corso di formazione per istruttori Regionali" organizzato dalla Fondazione S.S.P., rivolto agli operatori di tutte le Aziende Sanitarie della Regione con l'obiettivo di sensibilizzare tutti, sanitari e non, nella segnalazione e presa in carico condivisa con il centro di Riferimento Regionale dei pazienti minori eleggibili alle CPP ed alla terapia del dolore specialistica.

Anche alcuni professionisti del nostro territorio hanno partecipato alla suddetta formazione e a breve prenderà avvio la fase in cui detti "trainer" diffonderanno il tema nelle proprie realtà con un Corso di formazione aziendale su "La rete regionale di Terapia del Dolore e Cure Palliative Pediatriche" con lo scopo di dare risposta alla crescente domanda che proviene dal territorio.

3.i. Volontariato e Società Civile

Il Volontariato ricopre un ruolo sociale di rilievo nella sua capacità di rispondere ai bisogni della comunità, prevalentemente delle sue componenti più fragili.

Il malato cronico è spesso un soggetto anziano e il ricorso all'aiuto del volontario è frequente anche nelle nostre comunità, caratterizzate da un contesto di isolamento e difficoltà comunicative.

Attualmente, le associazioni di volontariato svolgono un ruolo fondamentale nell'ambito delle cure palliative e delle malattie dementigene, organizzando annualmente corsi di formazione dedicati a chi assiste persone in condizioni di fragilità:

- familiari e caregivers
- volontari

Tuttavia, il ruolo delle Associazioni può ulteriormente espandere il suo raggio di azione nel momento in cui costituiranno tra loro una rete strutturale operativa, con scambio/condivisione di risorse, soprattutto risorse umane. Spesso si ritiene che partecipare alla rete implichi di dover rinunciare a qualche risorsa o a qualche "grado di libertà" decisionale o di movimento, ma è proprio la partecipazione attiva alla rete che agisce come moltiplicatore delle opportunità e quindi delle risorse e genera "ritorni" di intensità e qualità spesso non previsti e prevedibili, in grado di ripagare adeguatamente gli investimenti effettuati.

Per arrivare a ciò sono possibili l'approccio top-down, secondo il modello agordino, oppure bottom-up, partendo dalla formazione delle componenti associative territoriali, indicando loro i benefici che derivano dall'azione in rete, sia per le organizzazioni che per le persone e i loro bisogni.

Le modalità di "rete" possono essere diverse:

- sede unica associativa per tutte le Associazioni del contesto territoriale, con operatività continuativa e con personale formato così da favorire il prendersi cura delle persone fin dalla prima fase del loro bisogno (Casa del Volontariato, modello Vicenza, Legnano);
- condivisione interassociativa di una applicazione per dispositivi cellulari, con note conoscitive e riferimenti informativi;
- consulta associativa comunale e rete fra i Comuni del territorio, riferimento delle Associazioni con attività sociale, ma anche socio-culturale (modello Alta Lombardia)

- altri modelli possono emergere dalle proposte delle stesse Associazioni, una volta condivisa l'esigenza della rete.

Nella nostra provincia è attivo il Comitato d'intesa, la cui mission è di promuovere il dialogo, la reciproca conoscenza, la circolazione di informazioni e dei progetti, il confronto propositivo, la collaborazione e la sinergia tra tutte le associazioni del territorio provinciale aderenti al Comitato: tuttavia, non tutte le Associazioni presenti sul territorio aderiscono al Comitato, per cui sarà comunque necessario un censimento che potrebbe essere attuato anche attraverso i singoli Comuni. Una volta note le varie realtà, potranno essere sviluppati modelli di rete diverse a seconda dei contesti territoriali.

REGIONE DEL VENETO



ULSS 1
DOLOMITI

MOTORE 
SANITÀ 
Cure the Future

