

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

### Gestire la complessità

11 aprile 2025

Belluno, Teatro Comunale "Dino Buzzati"





## I saluti delle Autorità

### Giuseppe Dal Ben, Commissario straordinario ULSS 1

A molti di voi porgo anche il bentornati, poiché, come è stato già illustrato, ci troviamo all'interno di un percorso iniziato un anno fa a Feltre e che concludiamo come da programma a Belluno quest'anno, nel 2025. Desidero rivolgere un saluto a tutti i presenti, ma in particolare alle autorità qui convenute: Sua Eccellenza il Prefetto, il Vicario del Questore e il Sindaco, al quale devo esprimere un sentito ringraziamento per la disponibilità dimostrata nel concederci questo magnifico teatro. Abbiamo voluto ricordare questa sede con le parole che Buzzati ha dedicato allo Schiara, considerando che il teatro è appunto dedicato al celebre scrittore. Soprattutto desidero ringraziare il Sindaco, a nome di tutti i suoi colleghi, per il lavoro costante che conduciamo fianco a fianco per il bene di questa comunità in ambito socio-sanitario.

### Il percorso di confronto territoriale

La giornata odierna riveste particolare importanza poiché conclude il percorso avviato a Feltre il 19 gennaio 2024, proseguito a Pieve di Cadore, sviluppato ad Agordo nel mese di novembre e che si conclude oggi a Belluno, l'11 aprile. Si tratta di un percorso durato un anno nel corso del quale, come evidenziato dal titolo dell'iniziativa, abbiamo inteso comprendere come la realtà bellunese in ambito sanitario si collochi all'interno del sistema sanitario regionale e nazionale, attraverso un confronto con altre realtà che affrontano problematiche analoghe.

Nei vari momenti di incontro e confronto abbiamo avuto modo di conoscere le esperienze della Valle d'Aosta, del Piemonte, della Lombardia, della Svizzera, dell'Austria e del Friuli-Venezia Giulia, comprendendo la possibilità di condividere progettualità comuni. Abbiamo presentato le nostre iniziative mentre loro hanno illustrato le proprie, arricchendoci reciprocamente. È stato un percorso significativo e importante che oggi rappresenta il momento conclusivo per tracciare un bilancio di questi quattro incontri.

### Coinvolgimento della comunità e progetti sviluppati

Gli incontri hanno coinvolto, attraverso gruppi di lavoro composti da personale dipendente, membri di associazioni e soprattutto rappresentanti delle comunità locali - sindaci e assessori - più di duecento persone, che hanno elaborato una ventina di progetti attualmente in fase di realizzazione. Si tratta in parte di progetti già esistenti ma non sufficientemente valorizzati, che abbiamo voluto portare alla luce, e in parte di iniziative completamente nuove che stiamo progressivamente implementando. Il principio guida è quello di non lasciare nessuno isolato nell'ambito delle realtà montane come la nostra, ricercando forme, progettualità e tipologie di servizi e interventi che possano effettivamente coinvolgere tutti e dimostrare che la sanità bellunese si impegna a fornire le migliori risposte possibili nel contesto che ben conosciamo.

### Visione strategica e contesto regionale

Questo è stato il filo conduttore del percorso intrapreso: analizzare la nostra realtà interna, confrontarci con realtà analoghe, comprendere il contesto regionale e nazionale nel quale operiamo per individuare la strada migliore da perseguire per fornire le risposte che la comunità richiede. Siamo partiti da una percezione pubblica non particolarmente positiva e stiamo lavorando per modificarla, poiché in realtà molte iniziative sono già in corso. Tuttavia, dobbiamo essere tutti portatori di messaggi che, come spesso ricordo, considerino la salute sempre come un bicchiere mezzo pieno e mezzo vuoto, apprezzando la parte piena e lavorando per quella vuota.

## **Prospettive future e impegni olimpici**

In questi incontri abbiamo sempre iniziato fornendo una visione generale del tema della salute. Ricordo con particolare apprezzamento l'intervento del dottor Annichiarico ad Agordo, che ci ha offerto una panoramica regionale e nazionale di grande rilevanza. Oggi abbiamo coinvolto il professor Del Vecchio dell'Università Bocconi, che inquadrerà la realtà sanitaria bellunese in un contesto più ampio e ci illustrerà lo stato di avanzamento dei percorsi innovativi in corso di sviluppo a livello veneto, inclusi i decreti ministeriali 70 e 77 e il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

Concluderemo con la sanità bellunese che si avvia verso le Olimpiadi. Come ULSS 1 Dolomiti siamo definiti "olimpici", un aggettivo importante ma anche molto impegnativo. Stiamo lavorando su questo tema all'interno del sistema veneto, impegnandoci in prima persona come azienda per garantire quella sanità olimpica che la Regione del Veneto ci ha chiamati a assicurare nelle proprie strutture sanitarie. È un impegno considerevole che richiede unità, determinazione e volontà di sviluppare i migliori percorsi possibili, includendo anche le Paralimpiadi, che rappresentano una sfida particolare poiché ci permettono di misurare quanto siamo vicini alle maggiori fragilità delle persone con difficoltà fisiche significative. Una grande giornata conclusiva che, pur chiudendo questo percorso, lancia nuove prospettive di comunicazione su tematiche fondamentali per il futuro.

## **Oscar De Pellegrin, Sindaco di Belluno e Presidente della Conferenza dei Sindaci**

Porgo il mio più cordiale buongiorno a tutti i presenti e ringrazio le autorità convenute, Sua Eccellenza il Prefetto e il Vicequestore, per la loro presenza, insieme a tutta la dirigenza dell'azienda sanitaria. Vedo numerosi primari e medici, alcuni dei quali conosco personalmente, altri che ho il piacere di incontrare oggi. Desidero esprimere sincera gratitudine a tutti per la vostra presenza in questo magnifico Teatro Buzzati della nostra città capoluogo, che rappresenta il contesto ideale per concludere questa serie di incontri che abbiamo realizzato nel corso di quest'anno, come illustrato dal direttore Dal Ben.

Desidero ringraziare in particolare il professor Dal Ben poiché, dal suo arrivo, ha dimostrato chiaramente la sua competenza e determinazione, evidenziando idee ben precise. Ritengo che questi incontri abbiano apportato benefici significativi al territorio, un territorio che necessitava di un dialogo costruttivo con l'azienda sanitaria. Era fondamentale che la comunità si sentisse coinvolta e avesse l'opportunità di esprimere le proprie esigenze, considerando che si tratta di un territorio montano, caratterizzato da maggiori difficoltà nel raggiungere quelle comunità che spesso non hanno voce all'interno di questa complessa struttura sanitaria.

## **L'importanza della collaborazione in rete**

Il lavoro di squadra e la creazione di una rete tra l'azienda sanitaria e la conferenza dei sindaci, che ho l'onore di rappresentare, ha certamente generato maggiore consapevolezza nel territorio e ha favorito lo sviluppo di progetti a beneficio della comunità. Il nostro obiettivo principale consiste nel garantire l'opportunità di assistenza sanitaria a tutto il territorio, non soltanto a coloro che hanno la possibilità di vivere in città, ma anche a chi risiede in montagna in un ambiente straordinario. È essenziale che ogni cittadino si senta coinvolto e, quando necessario, sia preso in carico dall'azienda sanitaria.

Questo approccio ha portato a una maggiore consapevolezza, e sono orgoglioso di aver collaborato e sostenuto questa linea d'azione. Durante le tre conferenze realizzate sono emerse numerose problematiche, anche attraverso il confronto con altre realtà che affrontano le nostre stesse difficoltà, e sono state individuate prospettive e progetti concreti.

### **Dalla teoria alla pratica: l'implementazione dei progetti**

Ritengo che questi incontri acquisiscano un significato veramente importante se, a partire da oggi, riusciremo a concretizzare le idee che abbiamo accolto, approfondito e riconosciuto come applicabili nel nostro territorio. Questo è il monito che intendo lanciare, poiché è fondamentale confrontarsi, dialogare e approfondire, ma successivamente è necessario trasferire tutto ciò in azioni concrete per il benessere dell'intero territorio. È essenziale che insieme riusciamo a dare seguito a queste iniziative.

Come è stato menzionato, stiamo vivendo un periodo particolare di avvicinamento alle Olimpiadi e alle Paralimpiadi. L'azienda sanitaria si sta preparando insieme a tutto il territorio, poiché le problematiche da risolvere e le misure da predisporre per questo evento unico sono di notevole importanza. Non si può lasciare nulla al caso e bisogna approfondire ogni minimo dettaglio.

### **Prospettive olimpiche e eredità per il territorio**

Come persona che ha avuto l'opportunità di vivere direttamente questi eventi per sei volte e di comprenderne le potenzialità per un territorio, il mio auspicio è che da questi eventi e dal modo in cui stiamo lavorando attualmente in rete, tutti con un obiettivo comune, rimanga un'eredità duratura. Questa dovrebbe manifestarsi sia sotto forma di cura e sanità, considerando che abbiamo un capoluogo con una struttura centrale che deve fare rete con tutte le altre per garantire a tutti l'opportunità di curarsi.

Il messaggio di squadra e di coordinamento è fondamentale, poiché senza un coordinamento forte e strutturato difficilmente si ottiene una risposta efficace. Al contrario, dobbiamo fornire una risposta decisa e, attraverso la rete creata, che certamente continuerà con la conferenza dei sindaci e l'azienda sanitaria, portare nel territorio la voce della prevenzione, dell'attenzione alla propria salute e del sostegno reciproco nelle difficoltà.

### **Consolidamento della collaborazione e sviluppi futuri**

Il lavoro in rete che abbiamo avviato in questo percorso può certamente portare il territorio a una maggiore consapevolezza, permettendo a ogni individuo di prendersi cura di sé e facendo sentire anche le zone più remote maggiormente coinvolte attraverso tutti i progetti in corso di sviluppo, dalla telemedicina all'urgenza ed emergenza. Sono numerose le iniziative che abbiamo approfondito e che, se concretizzate, potranno fornire una risposta più ampia a beneficio della nostra popolazione.

Come amministratori dobbiamo certamente prenderci cura dei cittadini e fare il possibile perché tutti si sentano coinvolti e connessi a questa società. Oggi disponiamo degli strumenti necessari e dobbiamo procedere in questa direzione. Desidero ringraziare nuovamente tutti i presenti e tutte le strutture rappresentate, dai medici agli infermieri, dagli operatori socio-sanitari alle segreterie, poiché insieme costituiamo una squadra efficace che quotidianamente fornisce risposte importanti, con l'obiettivo di migliorarsi costantemente.

La grande trasformazione che stiamo vivendo con l'Ambito Territoriale Sociale, che prevede il trasferimento di tutti i servizi sociali ai comuni, richiederà una sinergia fondamentale per garantire che questo passaggio sia programmato accuratamente, senza mai dare alla popolazione la sensazione di una riduzione dei servizi. L'obiettivo è mantenere il livello attuale e soprattutto potenziarlo, avvicinandosi sempre di più a chi ne ha bisogno. Ringrazio sinceramente per questi incontri e auspico che possano continuare, poiché il dialogo rimane fondamentale.

## Giuseppe Zandagiaco, Presidente Veneto CNSAS

Buongiorno a tutti e un cordiale saluto alle autorità presenti. Porto il saluto del presidente nazionale Maurizio Dell'Antonio, recentemente rieletto, che mi ha delegato a rappresentarlo in questa occasione. Come illustrato dal dottor Cinquetti, rappresento il servizio regionale del Soccorso Alpino e Speleologico. La nostra struttura ha ereditato una capillarità e una presenza sul territorio che costituisce un vantaggio significativo. Leggendo il titolo dell'evento sulla gestione delle complessità, ogni intervento può essere complesso, anzi lo è necessariamente, poiché non sappiamo mai cosa ci aspetta. La nostra struttura organizzativa si presta efficacemente a questo scopo.

### **Organizzazione territoriale e distribuzione delle risorse**

La nostra presenza regionale conta circa 770 operatori distribuiti su 27 stazioni. Di queste, 18 stazioni appartengono alla seconda delegazione Dolomiti Bellunesi, che copre sostanzialmente l'intera provincia di Belluno e la parte alta della provincia di Treviso. All'interno di questa struttura di 770 operatori, circa 500 sono distribuiti specificamente sulla provincia di Belluno e sulla parte alta di quella di Treviso. Questa capillarità territoriale rappresenta una caratteristica storica della nostra organizzazione, poiché siamo nati precisamente dove esisteva l'esigenza di intervento. Le stazioni si sono formate come nuclei operativi che hanno coperto tutte le valli, consentendoci di essere pronti a intervenire con massima celerità grazie alla presenza permanente dei nostri operatori sul territorio.

Un ulteriore vantaggio deriva dal fatto che le persone che operano in loco conoscono perfettamente il territorio. Al di là delle coordinate GPS, che rappresentano una tecnologia moderna, quando si indica una località con un nome conosciuto solo a livello locale, i nostri operatori comprendono immediatamente e sono in grado di effettuare un intervento efficace. La conoscenza territoriale specifica costituisce un elemento fondamentale per la rapidità e l'efficacia degli interventi.

### **Sinergie operative e tempi di intervento critici**

Per la nostra organizzazione risulta fondamentale la sinergia e la collaborazione con tutti gli enti coinvolti: la Regione, le aziende sanitarie, le forze dell'ordine. Il nostro lavoro deve essere svolto in sinergia con tutte queste organizzazioni, favorendo una medicalizzazione più rapida degli interventi. L'utilizzo dell'elicottero ha ridotto considerevolmente i tempi medi di intervento, con una durata media di un'ora e mezzo nei casi più complessi. Questa tempestività è determinante per la salute dell'infortunato e aumenta significativamente le percentuali di risoluzione positiva degli interventi.

Nel caso specifico delle valanghe, il fattore tempo assume un'importanza critica. I primi quindici minuti sono fondamentali: dopo questo periodo, la probabilità di recuperare la persona viva scende dal 90% al 75%, mentre dopo mezz'ora si riduce al 15%. Queste percentuali evidenziano l'importanza della velocità di intervento e della conoscenza territoriale per la nostra organizzazione.

### **Formazione professionale e sfide demografiche**

Per quanto riguarda la formazione dei nostri operatori, ci impegniamo costantemente ad aumentare la professionalità dei volontari attraverso corsi specifici e scuole specializzate per i vari settori operativi: dalla montagna alla speleologia, dalle forre che stanno acquisendo crescente importanza, fino al canyoning. I nostri volontari devono possedere un livello minimo

di competenza per poter intervenire e successivamente progrediscono nella specializzazione attraverso percorsi formativi strutturati.

Una problematica significativa che la nostra organizzazione condivide con altri enti è il calo demografico. Registriamo un numero sempre minore di nuovi volontari, mentre l'età media dei nostri operatori aumenta progressivamente. Questo fenomeno rappresenta una sfida importante, considerando che un volontario del soccorso alpino deve essere una persona che frequenta la montagna a 360 gradi, ma il passaggio da appassionato di montagna a volontario del soccorso alpino richiede un livello aggiuntivo di sensibilità, altruismo e solidarietà che non sempre si manifesta automaticamente. È compito della nostra dirigenza sviluppare e accrescere questa sensibilità verso il prossimo, promuovendo i valori del volontariato e del servizio alla comunità.

Ringrazio nuovamente gli organizzatori per aver affrontato questo tema di fondamentale importanza e auguro a tutti buon lavoro e una proficua giornata.

### **Stefano Capelli, Presidente Ordine dei Medici Belluno**

Ringrazio le autorità presenti e, in particolare, il commissario Dal Ben per aver organizzato questa serie itinerante di incontri dedicati alle problematiche specifiche della montagna. Ricopro il ruolo di Presidente dell'Ordine dei Medici da due mandati consecutivi, attualmente nel primo anno del secondo e ultimo quadriennio. Questa posizione istituzionale mi ha fornito l'opportunità di osservare le problematiche sanitarie da una prospettiva più ampia, che oso definire di carattere nazionale, offrendo un angolo visuale complementare alle azioni locali e regionali.

#### **Il precedente normativo delle aree disagiate**

Durante l'incontro di Feltre ricordai che circa trent'anni fa venne emanato un decreto ministeriale specificamente dedicato alle aree disagiate e alle isole minori, con l'intento di valutare le problematiche di carattere sanitario in tali contesti territoriali. Nonostante siano trascorsi tre decenni da quella normativa, non ho riscontrato sviluppi concreti nella sua attuazione. Pertanto, mentre apprezzo l'azione di coordinamento locale e riconosco l'efficacia dell'attività svolta a livello regionale, ritengo necessario sviluppare riferimenti normativi specifici che riconoscano formalmente le peculiarità di questi territori montani.

#### **La necessità di un quadro normativo specifico**

È indispensabile costruire riferimenti normativi che riconoscano ufficialmente le caratteristiche peculiari di questi territori. Gli spazi di manovra che quotidianamente il commissario Dal Ben riesce a individuare e utilizzare in questo territorio, unitamente alle competenze esercitate dalla Regione Veneto, potrebbero trasformarsi in ambiti di intervento più ampi qualora fossero supportati da competenze normative specifiche e dalle conseguenti azioni efficaci per garantire adeguate risposte sanitarie ai cittadini residenti in questi territori.

#### **La mission istituzionale e l'integrazione delle competenze**

È importante ricordare che la legge Lorenzin, che costituisce la legge quadro per tutti gli ordini sanitari incluso l'Ordine dei Medici, stabilisce chiaramente che la mission istituzionale consiste nella tutela della salute dell'individuo e della collettività. L'integrazione di questi elementi normativi, istituzionali e operativi potrebbe consentire di fornire risposte più efficaci alle esigenze sanitarie dei territori montani.

### **Prospettive di miglioramento**

Sebbene sia realistico riconoscere che difficilmente si raggiungerà una copertura sanitaria al cento per cento delle esigenze territoriali, l'obiettivo deve rimanere quello di avvicinarsi il più possibile a tale traguardo. La combinazione tra l'impegno locale, il coordinamento regionale e un adeguato supporto normativo nazionale potrebbe rappresentare la strategia più efficace per affrontare le sfide sanitarie specifiche dei territori montani, garantendo ai cittadini che vi risiedono un accesso equo e qualificato ai servizi sanitari.

### **Mauro Carisdeo, Questore vicario Belluno**

La Questura e la Polizia di Stato devono esprimere la propria gratitudine per il sistema efficace che caratterizza Belluno. Grazie alla vostra collaborazione, riceviamo segnalazioni che ci permettono di scoprire situazioni altrimenti nascoste, sulle quali non potremmo intervenire né fornire supporto adeguato. Quello che potrebbe apparire come una semplice caduta, quando viene segnalato con la dovuta attenzione, ci consente di identificare pattern significativi. Se una persona si presenta tre volte nel corso di un mese per episodi simili, comprendiamo che probabilmente non si tratta di incidenti casuali ma di situazioni che richiedono un approfondimento maggiore.

### **Collaborazione nelle procedure di sicurezza**

Manteniamo contatti regolari con il dottor Sponga, spesso comunicando in orari inconsueti per questioni delicate. La gestione delle armi rappresenta una responsabilità particolare, poiché il possesso di armi costituisce un diritto che deve essere preservato finché la persona è in grado di gestire responsabilmente l'arma e di comprenderne le potenzialità e i rischi. Avere un referente qualificato che ci informa e con cui possiamo confrontarci risulta fondamentale. Quando emergono situazioni problematiche, valutiamo attentamente i progressi e manteniamo la massima attenzione, specialmente quando si verificano ricoveri in ambito psichiatrico. In tali circostanze, procediamo con la sospensione del porto d'armi per prevenire episodi tragici che purtroppo vediamo riportati dai media.

### **Specificità del modello bellunese**

La nostra interazione con il sistema sanitario negli incidenti e nei soccorsi in montagna rappresenta una caratteristica distintiva. Posso affermare con certezza che il sistema bellunese non trova equivalenti in tutto il territorio nazionale. Questa collaborazione costituisce un supporto prezioso che beneficia direttamente la popolazione. I cittadini ci ringraziano per i nostri interventi, ma in realtà dovrebbero riconoscere il merito del sistema integrato di cui rappresentate una componente essenziale, attiva ed efficace.

### **Le Olimpiadi come opportunità di eccellenza**

L'approssimarsi delle Olimpiadi e delle Paralimpiadi rappresenta un evento significativo dal punto di vista della sicurezza. Interpreto questa occasione come un'opportunità piuttosto che come un rischio. Naturalmente esiste la possibilità di non essere all'altezza delle aspettative, ma ritengo che costituirà l'occasione per dimostrare al mondo intero l'efficacia del sistema bellunese, del sistema integrato che comprende sicurezza, sanità e tutti gli enti coinvolti.

### **Valorizzazione del territorio attraverso l'eccellenza**

Sono particolarmente soddisfatto di questa prospettiva perché rappresenterà il modo per dimostrare le nostre capacità. Ricordo quando molti colleghi, trasferiti a Belluno, si chiedevano dove fossero stati destinati. Probabilmente molti di voi hanno vissuto esperienze simili. L'evento olimpico sarà l'opportunità per comunicare al mondo che, pur essendo Belluno una piccola

provincia montana, rappresentiamo un territorio dove operiamo ai massimi livelli di eccellenza. La collaborazione e l'integrazione tra tutti gli enti coinvolti costituiscono il valore aggiunto che ci contraddistingue e che intendiamo valorizzare in questa importante occasione internazionale.

### **Antonello Rocco Bertone, Prefetto di Belluno**

Buongiorno a tutti e benvenuti. Rivolgo un saluto particolare al dottor Dal Ben, al dottor Cinquetti e a tutta l'organizzazione dell'ULSS 1 Dolomiti, che ringrazio per l'invito a partecipare a questo importante convegno. Ho già avuto l'opportunità di partecipare a uno dei quattro incontri ad Agordo e già in quella occasione sottolineai l'attività essenziale e realmente efficace che l'ULSS 1 sta svolgendo da tempo per garantire la piena attuazione dell'articolo 32 della Costituzione, relativo al diritto alla salute per tutti i cittadini.

#### **Caratteristiche specifiche del territorio bellunese**

La provincia di Belluno, che rappresenta la provincia più vasta della regione Veneto, si caratterizza per specificità territoriali uniche. Si tratta di un territorio montano con valli di straordinaria bellezza che, per chi frequenta e ama la montagna come gran parte di noi, offre indubbiamente paesaggi e opportunità notevoli. Tuttavia, è evidente che esistono difficoltà oggettive nell'accesso ai servizi. Attraverso le soluzioni innovative e tecnologiche che verranno sviluppate nel corso di questo convegno e delle altre occasioni di confronto, sarà possibile garantire il diritto all'assistenza sanitaria anche in queste zone remote.

#### **Sfide demografiche e sociali del territorio**

Questa strategia risulta fondamentale per contrastare il progressivo spopolamento del territorio, fenomeno già in atto da tempo. Durante le mie visite in tutti i comuni della provincia ho potuto registrare, oltre alle difficoltà di accesso ai servizi, un trend demografico preoccupante che tuttavia, grazie al lavoro di sinergia tra le istituzioni, si cerca di affrontare per garantire servizi adeguati a tutta la comunità. Il problema del progressivo invecchiamento della popolazione comporta che la componente anziana rappresenti la parte più consistente della comunità e abbia quindi diritto a servizi sanitari di eccellenza.

#### **L'eccellenza sanitaria come patrimonio territoriale**

Ritengo che i servizi sanitari locali costituiscano una vera eccellenza del territorio. Eccellere significa distinguersi positivamente dagli altri per merito specifico, e credo che anche questo rappresenti una delle tante eccellenze che caratterizzano questo territorio. L'approccio alle Olimpiadi, come già evidenziato, rappresenta un impegno collettivo. A questo proposito saluto e ringrazio il dottor Gasparini della Regione Veneto, presente a questo convegno.

#### **Le Olimpiadi come opportunità di sviluppo**

Si tratta di un'attività di squadra che, come sottolineato dal sindaco che ringrazio, rappresenta un'opportunità significativa. È certamente complesso e permangono problematiche che devono essere definitivamente risolte. Questo comporterà inevitabilmente alcuni disagi, poiché sono numerosi gli aspetti da affrontare e risolvere, anche se i tavoli di lavoro sono già operativi da tempo. Restano da definire alcuni dettagli relativi a mobilità, trasporti, scuole, viabilità e sicurezza, ma esiste un lavoro di sinergia efficace.

#### **Collaborazione sanitaria e prospettive future**

Dal punto di vista dell'assistenza sanitaria, fin dal mio insediamento di alcuni mesi fa, ho potuto constatare la leale, continua ed effettiva collaborazione dell'ULSS 1, del direttore, dei primari e di tutto il personale sanitario. Questo rappresenterà, secondo la mia valutazione, l'eredità più importante delle Olimpiadi. Non si tratta soltanto di garantire l'assistenza sanitaria a turisti e

spettatori che arriveranno da tutto il mondo, ma soprattutto di lasciare un beneficio duraturo per tutto il territorio e per tutta la popolazione bellunese, anche dal punto di vista sanitario. Ringrazio nuovamente tutti i presenti e ascolterò con interesse i relatori che ci arricchiranno con le loro competenze e analisi.

## **1^ SESSIONE : Gestire la complessità dell'organizzazione sanitaria e garantire la salute in montagna**

**Modera: Pietro Paolo Faronato**

Buongiorno a tutti. La vista della sala da questo palcoscenico è davvero notevole, anche se risulta leggermente imbarazzante per chi si trova a parlare. Siamo pronti per avviare la prima sessione di questo incontro, intitolata "Gestire la complessità dell'organizzazione sanitaria e garantire la salute in montagna". Nel titolo stesso sono presenti due concetti fondamentali che rappresentano il filo conduttore del nostro percorso "Salute oltre la città".

Il primo concetto è quello del "garantire", che richiama immediatamente l'articolo 32 della Costituzione, probabilmente l'articolo più conosciuto e citato, che garantisce il diritto alla salute per tutta la popolazione. Un secondo riferimento va ai principi fondamentali del nostro sistema sanitario nazionale: universalità, gratuità ed equità. La ricerca dell'equità costituisce precisamente il filo conduttore di tutto questo percorso di riflessione e analisi.

### **La complessità intrinseca del territorio montano**

L'altro elemento centrale è rappresentato dalla complessità. La montagna costituisce il risultato di equilibri estremamente delicati tra fattori geografici, demografici, economici e organizzativi. Quando parliamo di aree montane, non dobbiamo limitarci a considerare esclusivamente le difficoltà nell'erogazione dei servizi, ma dobbiamo riconoscere anche il ruolo strategico che la montagna riveste nel contesto più ampio.

La montagna rappresenta un'area fondamentale per la captazione delle risorse idriche, come testimoniano i dibattiti attuali su questa tematica. Costituisce inoltre un polmone verde essenziale per contrastare il cambiamento climatico ed è depositaria di saperi e tradizioni che rendono l'Italia un territorio unico al mondo dal punto di vista culturale e ambientale.

### **Le contraddizioni del territorio montano**

Tuttavia, questi aspetti positivi si accompagnano a contraddizioni evidenti. La montagna rappresenta uno dei luoghi più belli del mondo, le nostre montagne sono effettivamente tra i territori più affascinanti del pianeta, eppure la popolazione, quando ne ha la possibilità, tende a trasferirsi altrove. Si tratta di luoghi in cui molti sognerebbero di vivere e dove tutti vorrebbero trascorrere del tempo, ma quando è necessario reperire professionisti qualificati, si incontrano notevoli difficoltà.

La montagna è ricca di risorse materiali e immateriali, ma rimane dipendente dalla pianura per il proprio sostentamento, configurandosi quindi come un'economia strutturalmente fragile che necessita di supporti esterni per garantire la propria sostenibilità.

La prima relazione, dal titolo "Garantire l'eccellenza sanitaria nelle aree interne", affronta una sfida estremamente complessa. Integrare nella stessa analisi concetti quali bassa densità di popolazione, ridotto volume di attività ed eccellenza delle prestazioni rappresenta un'impresa tutt'altro che semplice. Per questo motivo abbiamo invitato il Professor Del Vecchio, che non solo conosce approfonditamente il nostro territorio, ma è ben conosciuto da molti dei nostri

professionisti per il ruolo significativo che ha ricoperto e continua a svolgere nella formazione della dirigenza sanitaria.

Al Professor Del Vecchio abbiamo affidato il compito di analizzare come sia possibile conciliare elementi che apparentemente faticano a coesistere, fornendo una prospettiva qualificata su come raggiungere standard di eccellenza in contesti caratterizzati da specificità territoriali e demografiche così particolari.

## **Marco Del Vecchio**

### **Una sfida: garantire l'eccellenza sanitaria nelle aree interne,**

È sempre un piacere confrontarmi con la sanità veneta. Non mi stanco mai di ricordarlo: frequento molti sistemi sanitari e devo affermare che quello veneto presenta alcune peculiarità distintive. L'aspetto che trovo sempre sorprendente, e non è cosa di poco conto, è che in altri sistemi le riunioni si limitano sostanzialmente a discussioni teoriche. Si prendono decisioni e quando si stabilisce qualcosa, in Veneto si verifica che dopo due settimane ci si ritrova avendo effettivamente realizzato quanto concordato. Sorprendentemente, dopo due settimane quella decisione viene concretamente attuata. Il Veneto rappresenta un territorio ordinato e operativo, pertanto ritengo che le preoccupazioni del sindaco possano essere tranquillizzate rispetto ad altri suoi colleghi in Italia, dove la probabilità di implementazione concreta delle decisioni risulta significativamente inferiore.

Quando mi è stato chiesto di partecipare e riflettere insieme a voi su queste tematiche, ho incontrato alcune difficoltà iniziali. Conoscendo la vostra realtà e documentandomi adeguatamente, mi sono chiesto quale contributo specifico potessi offrire a Belluno, considerando che state già implementando tutte le pratiche necessarie. State realizzando tutto ciò che la letteratura scientifica indica come appropriato per i sistemi sanitari operanti in condizioni peculiari come le vostre. Di conseguenza, quale valore aggiunto posso apportare rispetto a pratiche che già naturalmente sviluppate?

Ritengo che possa risultare utile offrirvi una prospettiva esterna da parte di chi osserva le vostre attività dall'esterno, con l'obiettivo di incrementare il grado di consapevolezza delle vostre azioni. Frequentemente accade che persone e sistemi implementino pratiche corrette grazie a un talento naturale. Il compito che dovrebbe assumere l'accademia e chi studia questi fenomeni consiste nel concettualizzare e rendere consapevoli i sistemi e le persone delle buone pratiche che già naturalmente adottano. La consapevolezza delle proprie azioni costituisce un elemento fondamentale per il miglioramento, poiché i talenti naturali non evolvono senza una riflessione sistematica sui fattori che determinano l'eccellenza operativa.

### **Il contesto delle aree interne e le percezioni distorte della sanità**

Esiste un elemento aggiuntivo di particolare rilevanza: questa consapevolezza deve riguardare sia l'allineamento delle vostre azioni con le migliori pratiche per questi contesti specifici, sia la comprensione del contesto generale nel quale operano i sistemi sanitari. Ciò che continua a sorprendermi è la diffusione di percezioni errate nel settore sanitario, che rappresenta un ambiente caratterizzato da fake news particolarmente diffuse. Esiste una retorica che accompagna i sistemi sanitari e una percezione della realtà che spesso diverge significativamente dai dati oggettivi.

Un ulteriore contributo che intendo offrire consiste nel fornirvi una visione del contesto esterno, illustrando le caratteristiche del nostro sistema sanitario e i suoi problemi strutturali.

Comprendere la configurazione del mondo esterno può rendere più comprensibili certe dinamiche per chi opera all'interno del sistema.

Desidero partire dall'analisi delle cause dei problemi delle aree interne. Come evidenziato nella documentazione del convegno, le aree interne si caratterizzano per bassa densità abitativa e distanze considerevoli dai centri di servizio. A questi elementi aggiungo un contesto di risorse economiche in contrazione, accompagnato da carenze e squilibri nell'offerta di professionisti sanitari. Questi rappresentano elementi sistemici che non riusciamo a eliminare e costituiscono pertanto il contesto operativo nel quale siamo chiamati a operare. Le aree interne presentano strutturalmente degli svantaggi rispetto ai centri urbani.

Una delle tesi principali che intendo sostenere è che se finora avete rappresentato un'area svantaggiata, dovete iniziare a considerarvi come un'area che assume il ruolo di front runner rispetto ai problemi che l'intero sistema dovrà affrontare. State confrontandovi con sfide e sviluppando soluzioni che rappresenteranno i problemi futuri di altre aree e le soluzioni alle quali potranno attingere.

### **I meccanismi di distribuzione delle risorse e i cambiamenti demografici**

Le aree interne presentano svantaggi strutturali principalmente a causa di una distribuzione delle risorse tradizionalmente ancorata alla popolazione. Questo rappresenta un elemento costitutivo del nostro sistema che sta iniziando a generare problematiche significative. Dal 1990 abbiamo stabilito un patto nazionale in cui la distribuzione delle risorse tra le regioni non si basava sui costi effettivi ma sui bisogni, misurati attraverso la popolazione residente. Quando abbiamo siglato quell'accordo, la popolazione era ancora in crescita e relativamente stabile.

Attualmente, con una popolazione in decrescita e una demografia caratterizzata da rapidi movimenti, quel principio che avevamo adottato e condiviso collettivamente diventa problematico. Mentre risulta relativamente semplice mantenere l'equilibrio economico con una popolazione in crescita, quando la popolazione diminuisce e si ancora il finanziamento ai livelli demografici, l'equazione diventa matematicamente impossibile.

Abbiamo attraversato una fase caratterizzata dal Decreto Ministeriale 70, che ha posto attenzione alle politiche di concentrazione dei servizi con obiettivi di efficienza ed efficacia. È evidente che in un'area come la vostra il DM70 rappresenta una problematica da risolvere. La mia tesi sostiene che il DM77 modifica significativamente lo scenario poiché sposta l'attenzione dei sistemi dai servizi ospedalieri al mondo territoriale, che rappresenta invece l'ambito nel quale eccellete.

### **La questione della variabilità e dell'omogeneità nei sistemi pubblici**

Esiste una competizione intensa per risorse professionali scarse, tema sul quale tornerò successivamente. Un ulteriore aspetto riguarda la variabilità e la stagionalità della domanda sanitaria e le modalità per gestirla efficacemente. Non si tratta solamente di una popolazione in decrescita, ma di una popolazione variabile in un contesto generale di sistemi pubblici e professionali poco inclini ad accettare e stimolare la variabilità.

Nel DNA dei sistemi pubblici, e il nostro non costituisce un'eccezione, esiste il concetto di equità tradotto in termini di omogeneità. L'equità viene assicurata facendo sì che tutti i territori e tutte le Aziende Sanitarie Locali producano gli stessi servizi nella medesima modalità, poiché questo approccio rassicura il sistema rispetto al raggiungimento dell'equità. Tuttavia, nel mondo contemporaneo, l'equità si garantisce attraverso la variabilità, ovvero la gestione di situazioni diversificate.

Questa ossessione per l'omogeneità caratterizza non solo i sistemi pubblici ma anche i sistemi professionali. I sistemi professionali tendono a standardizzare rigidamente i ruoli e i compiti dei professionisti: da Belluno ad Agrigento, le mansioni di un infermiere, di un medico o di un fisioterapista devono risultare identiche. Affrontiamo quindi la sfida di introdurre il tema della variabilità, ovvero il riconoscimento che a Belluno le attività devono essere svolte diversamente rispetto a Padova, identificando gli ambiti dove tale differenza deve essere sostenuta e trasformata in un elemento di valore aggiunto.

### **Dinamiche demografiche e redistribuzione territoriale**

Le aree interne mostrano tendenze di crescita che meritano particolare attenzione. Desidero presentare alcuni dati significativi, procedendo per punti essenziali e lasciando a voi la possibilità di approfondire i dettagli. Stiamo osservando una demografia caratterizzata da rapidi movimenti. Vent'anni fa, analizzando la mappa dei tassi di variazione della popolazione residente, il Sud Italia sarebbe risultato in crescita demografica, mentre attualmente la situazione si presenta completamente diversa.

All'Università Bocconi, il nostro attuale rettore è un demografo, e da quando ha assunto questo ruolo, l'interesse per gli studi demografici è significativamente aumentato. Secondo le sue analisi, tradizionalmente la demografia rappresentava un fenomeno caratterizzato da cambiamenti lenti, mentre oggi è diventata una scienza che studia fenomeni rapidi. Questa accelerazione deriva dal fatto che le persone si spostano frequentemente, creando una mappa territoriale caratterizzata da zone più densamente popolate e aree in via di spopolamento, con diversi tassi di attrazione demografica.

Sul tema dei professionisti sanitari, i sociologi evidenziano la centralità delle linee ferroviarie ad alta velocità: i giovani professionisti tendono a stabilirsi lungo questi corridoi infrastrutturali. Questo fenomeno spiega, ad esempio, i processi di spopolamento che interessano alcune aree della costa adriatica. Questa dinamica genera problematiche sistemiche: come finanziare regioni come la Calabria che si stanno spopolando? Come sostenere economicamente aree della Campania che affrontano simili sfide demografiche, considerando che i parametri di finanziamento si basano sulla popolazione residente?

Il tema delle aree interne e la gestione delle differenze tra aree interne e aree demograficamente forti sta diventando una questione di rilevanza nazionale. Voi in Veneto state già affrontando questa sfida, a Belluno la state gestendo concretamente; domani dovremo confrontarci con questi temi a livello nazionale.

### **Analisi delle risorse economiche e comparazioni internazionali**

Riguardo al tema delle risorse, senza voler generare eccessivo pessimismo ma procedendo rapidamente nell'analisi, esiste un dibattito politico continuo sulla adeguatezza del finanziamento del nostro sistema sanitario. Qualunque governo in carica presenta grafici che dimostrano come non abbiamo mai finanziato così generosamente la sanità, evidenziando l'incremento assoluto delle risorse destinate al settore.

Un economista può obiettare che la questione non riguarda gli euro correnti ma gli euro costanti, poiché con un'inflazione del 20% e un incremento del finanziamento del 15%, si sta di fatto defianziando il sistema. Il parametro di riferimento più appropriato è rappresentato dalla percentuale sul Prodotto Interno Lordo. Se si chiede se una famiglia spende molto o poco in sanità e abbigliamento, la risposta dipende dal reddito familiare, poiché tutto è correlato ai livelli di consumo complessivi.

La storia è complessa, ma per fornire un quadro sintetico: siamo passati dal 5,5% del PIL nel 2000, abbiamo registrato una crescita significativa fino al 2009, raggiungendo un punto e mezzo

di PIL. Dal 2009 al 2019, molti di voi erano probabilmente già operativi nel settore, abbiamo attraversato un periodo particolarmente difficile poiché abbiamo perso mezzo punto di PIL. Questo significa che il Servizio Sanitario Nazionale ha ridotto il personale del 6% dal 2009 al 2019. La Campania, per fornire un esempio concreto, ha perso il 20% del personale nello stesso periodo.

Successivamente, devo ammettere che è stata fortunata l'emergenza Covid, poiché ha rappresentato una fase di risorse illimitate. L'idea che, con l'arrivo del Covid, non esistessero più vincoli economici né amministrativi per l'acquisizione di risorse nel sistema sanitario. Questa fase di abbondanza si è conclusa con l'ultima parte del governo Draghi e l'attuale governo Meloni, che hanno ragionevolmente stabilito la fine di questo periodo e il ritorno a vincoli di bilancio rigorosi.

Il ritorno ai vincoli significa che siamo attestati al 6,2% del PIL. Vi invito a confrontare la nostra posizione con quella di altri paesi: l'Italia spende il 6,2% del PIL, mentre Francia e Germania raggiungono il 10%. Il Regno Unito, dove si lamenta continuamente che i governi conservatori stanno distruggendo il sistema sanitario, spende l'8,9% del PIL, significativamente più dell'Italia.

### **Spesa privata e sostenibilità del sistema**

Una fake news ricorrente riguarda l'eccessiva spesa sanitaria privata in Italia. Frequentemente i giornalisti mi interpellano chiedendo se sia vero che la spesa privata sia aumentata enormemente. La nostra spesa sanitaria privata rappresenta il 2,2% del PIL, portando il totale all'8,4%. Per confronto, la Grecia spende l'8,5%. La spesa privata italiana è stabile al 2,2% del PIL da vent'anni, pertanto non rappresenta un comportamento reattivo rispetto alla qualità dei servizi pubblici, nonostante questa narrativa venga diffusa continuamente.

Il tema della spesa privata è correlato alla disponibilità economica dei cittadini e non alla qualità delle prestazioni erogate dal sistema pubblico. Il punto essenziale che desidero evidenziare è che il nostro sistema pubblico rappresenta un miracolo di efficacia ed efficienza, considerando che con il 6,2% del PIL riusciamo a garantire servizi sanitari di qualità. Tuttavia, questo sistema è attualmente sotto pressione poiché abbiamo un sistema di aspettative che risulta incompatibile con il 6,2% del PIL, considerando che disponiamo della popolazione più anziana d'Europa e della seconda popolazione più anziana al mondo.

Il problema del nostro sistema sanitario non risiede tanto nei livelli di efficacia ed efficienza, quanto nel fatto che il livello di risorse disponibili risulta incompatibile con il sistema di aspettative che stiamo generando. Quando esiste questa discrepanza tra le risorse che la collettività destina alla sanità e le aspettative, questa tensione si scarica sui livelli di efficienza del sistema. Qualunque direttore generale sa che parte del suo lavoro consiste nell'implementare soluzioni provvisorie spesso inadeguate per risolvere problemi specifici e soddisfare determinate aspettative della popolazione.

La sfida futura consiste nel comunicare chiaramente alla popolazione e porci collettivamente il problema di cosa possiamo realisticamente realizzare con il 6,2% del PIL. Presumo che qualcuno possa pensare che questa analisi dimostri la necessità di incrementare il finanziamento pubblico, proposta che sottoscriverei immediatamente. Tuttavia, se qualcuno mi chiedesse, da studioso, se nei prossimi cinque anni riusciremo ad aggiungere un punto e mezzo di PIL per raggiungere i livelli di Spagna e Portogallo, e mi domandasse se questo incremento arriverà dal sistema pubblico o privato, la mia risposta definitiva è che dal sistema pubblico non arriverà mai.

### **Vincoli strutturali e prospettive future del finanziamento sanitario**

Questa valutazione si basa su elementi strutturali indipendenti dai governi che si succederanno. Alcuni dati possono aiutare a comprendere la problematica: paghiamo quattro punti di PIL come

interessi sul debito pubblico. Non stiamo restituendo il capitale del debito, ma semplicemente pagando gli interessi, mentre altri paesi destinano l'1,5-2% del PIL a questo scopo. Siamo un sistema a servizio sanitario nazionale, il che significa che sono i parlamenti a decidere l'allocazione delle risorse.

Immaginate qualcuno che in qualsiasi parlamento, da qualunque parte dell'emiciclo politico, annunci di aver trovato 10 miliardi di euro. Per reperire 10 miliardi ha dovuto alzare l'età pensionabile da 65 a 68 anni. Di fronte alla scelta di destinare questi 10 miliardi alla sanità o ad altre priorità come il cuneo fiscale, gli sgravi fiscali o il sostegno alle bollette energetiche, i nostri sistemi democratici stanno sviluppando una propensione strutturale per il denaro liquido rispetto ai servizi reali.

Se organizzassimo un referendum chiedendo alla popolazione italiana se destinare 10 miliardi ai servizi sanitari o distribuire 100 euro in busta paga, la risposta popolare sarebbe prevedibilmente orientata verso il beneficio immediato. Questa non è una critica al sistema democratico, ma una realtà che chi ha responsabilità di leadership deve comprendere e considerare nella pianificazione strategica.

Non si tratta di una critica, ma del fatto che chi ha la responsabilità e la leadership dei sistemi deve conoscere queste dinamiche, poiché l'orizzonte è prevedibilmente quello di arrivare al 6,2% del PIL. Questo significa che dobbiamo costruire sistemi adeguati a questo scenario. Finora non siamo riusciti a trasmettere questa consapevolezza alla popolazione e, secondo me, nemmeno al nostro sistema politico. Dobbiamo però dire la verità alle persone e costruire soluzioni concrete. Forse questo è un elemento di vantaggio di una comunità come questa, perché il dialogo tra le leadership e la concretezza che i sistemi politici istituzionali normalmente mostrano in questi contesti può aiutare a fare un'operazione verità nei confronti della collettività.

### **Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza: opportunità e responsabilità**

In questo orizzonte è arrivato il PNRR, che rappresenta uno degli aspetti positivi che possono aiutare questo sistema. Il PNRR prevede 235 miliardi di euro, di cui 154 miliardi sono a debito. Ricordo a tutti che esiste una responsabilità morale ed etica di questo debito che abbiamo addossato ai nostri figli e che dovrà fruttare. Ricordo altresì che le spese del PNRR sono destinate ai "muri" e alle infrastrutture, ovvero a costruire le case della comunità, ma non a popolarle. Il popolamento delle case della comunità è infatti affidato a quel 6,2% del PIL che rimarrà tale nei prossimi anni.

L'idea di fondo di tutta questa torsione territoriale che stiamo attuando prevede di mettere infrastrutture che aiutino il sistema a spendere meglio le risorse correnti, che rimangono tendenzialmente inalterate. Anche questa è una verità che bisognerà condividere non solo con la popolazione, ma anche con gli operatori. Quando qualcuno chiede chi inserire nelle case della comunità, idealmente si tratta delle stesse persone che continuano a lavorare, quindi dobbiamo prenderle da un setting e metterle in un altro. È evidente che la questione non è delle più semplici.

### **La territorialità come elemento strategico**

Queste case della comunità e questo spostamento territoriale rappresentano il vento in poppa per una ULSS come la vostra. Mentre il DM70 poteva essere un elemento di problematicità, il DM77 e questa nuova trasformazione territoriale corrispondono esattamente a quello che voi state già facendo e avete sempre fatto. Il tema non è avere il maxi ospedale, pur esistendo la questione delle competenze, ma come distribuire i servizi rispetto al territorio. La territorialità è il vostro pane quotidiano, però deve essere contestualizzata in modo appropriato.

## **Il PNRR tra change management e burocrazia**

Il PNRR e i miliardi che arrivano rappresentano un processo di change management, ovvero la necessità di costruire una sanità diversa per il futuro. Nel contempo, costituiscono anche un aspetto burocratico, poiché Bruxelles ogni sei mesi chiede conto dei progressi. Essendoci impegnati a realizzare un certo numero di case della comunità, Bruxelles chiede a Roma, Roma chiede a Venezia e Venezia chiede a Belluno quante case della comunità sono state realizzate. È evidente che qualcuno dirà che si tratta di burocrazia, ed effettivamente è così. Il PNRR è burocrazia perché è un programma di spesa che dobbiamo rispettare, ma dobbiamo anche riuscire a produrre il change management, ovvero il cambiamento dei servizi. Tenere insieme questi due aspetti rappresenta sia un adempimento sia un tema di change management.

### **I tre pilastri del change management sanitario**

Per fare il change management in queste condizioni, secondo me sono necessari tre elementi sui quali vorrei soffermarmi brevemente. Primo: costruzione delle reti e attivazione delle risorse esterne. Devo riuscire ad attrarre risorse esterne perché quelle della sanità non bastano e non basterebbero nemmeno se aumentassero. In una condizione come questa, se non ho un rapporto con il sindaco e con le collettività locali, elementi di cui parliamo sempre ma che in queste condizioni sono centrali, non posso procedere.

Secondo: riconfigurazione dei servizi in termini di digitalizzazione. Devo cambiare il modo di operare. Abbiamo cambiato il modo di acquistare i beni perché Amazon ha modificato le nostre modalità di acquisto. Ora abbiamo sempre un mix di servizi fisici e servizi digitali virtualizzati.

Terzo: gestione delle risorse interne. Sul tema dell'attivazione delle risorse esterne, le case della comunità possono essere realizzate in mille modi diversi, ma in questo contesto devono essere orientate al community building. Potete immaginare case della comunità che siano luoghi diversi: a Milano una casa della comunità al centro città è un polo ambulatoriale che eroga servizi, ma in provincia di Belluno, sulle montagne, la casa della comunità non può che essere il centro di attivazione di reti.

### **Digitalizzazione e trasformazione dei servizi**

Tutta la letteratura sul community building, che ho rivisto e verificato, conferma che Belluno sta facendo quello che dice la teoria. Probabilmente potreste già iniziare a insegnare agli altri come si fa il community building, visto che lo state già facendo naturalmente. Lo stesso vale per la farmacia dei servizi, che rappresenta un altro tema cruciale. Bisogna capire che il modo in cui pensate la farmacia dei servizi in queste zone è diverso da quello di un contesto metropolitano, perché dovete costruire le condizioni affinché diventi un alleato del sistema sanitario regionale e non un concorrente.

La farmacia dei servizi può essere un grandioso alleato, ma anche un temibile concorrente. Il motivo è semplice: in farmacia le persone sono abituate a pagare e ringraziare per il servizio ricevuto. Se ricevono lo stesso servizio in una casa della comunità e chiedete loro di pagare, non solo non vi ringraziano, ma si indignano. Questa dicotomia va gestita costruendo le condizioni per portarle dalla nostra parte.

C'è il tema della digitalizzazione, dove siamo avanzati sia nella concettualizzazione sia nell'infrastruttura. Bisognerebbe capire quali equilibri trovare tra teleriabilitazione, telemonitoraggio, teleassistenza, teleconsulto e televisita. In questo contesto, questi processi di virtualizzazione delle cure dove mettono l'accento e quali condizioni dobbiamo realizzare, tenendo conto che anche il mondo intorno a noi sta facendo questo processo.

### **La gestione del personale e i deserti medici**

C'è il tema del personale, molto esplorato dalla letteratura. Esistono almeno tre progetti della Comunità Europea sui cosiddetti "deserti medici", ovvero il fatto che alcune zone interne non riescono ad attrarre risorse. Anche qui abbiamo fatto esplorazioni per capire come fanno gli ospedali periferici ad attrarre personale. Per attrarre nelle zone periferiche servono: selezione di profili adeguati, formazione specifica, incentivi economici, supporto organizzativo e talvolta anche la coercizione.

Voi state facendo la stessa cosa che hanno fatto ad Aninni: un cardiologo che vuole entrare viene assunto e mandato per un anno in Valtellina. Serve però un sistema che aiuti questa operazione. Perché un giovane professionista dovrebbe venire a lavorare a Belluno, considerato un ospedale periferico rispetto a Padova? Bisogna valorizzare questi aspetti: maggiore autonomia, maggiore visibilità, maggiori competenze perché da giovane si assumono responsabilità che in un contesto più grande non si avrebbero. Il fatto di essere a contatto diretto con i risultati finali rappresenta un vantaggio che va sistematicamente perseguito e sviluppato.

### **Prospettive future e skill mix change**

Vorrei accennare a un altro orizzonte: il tema dello shortage medico lo stiamo superando. Nel prossimo decennio non sapremo dove mettere i medici. Formeremo 200.000 medici mentre ne andranno in pensione 40.000. Se avremo i soldi, quel problema sarà risolto. Quello che non sarà risolto è il tema degli infermieri. Avremo lo shortage infermieristico perché abbiamo 20.000 posti in infermieristica e 20.000 domande, ma fare l'infermiere non è un lavoro attraente. Anche raddoppiando lo stipendio, non è che raddoppiandolo oggi fra cinque anni le persone si iscrivono a infermieristica.

Abbiamo 20.000 accessi a infermieristica, laureamo 12.000 infermieri e ne vanno via 14.000. Questo porta al problema di come riusciamo a fare lo "skill mix change". Ci siamo sempre preoccupati di avere gli ingredienti giusti in frigorifero, ovvero di produrre il giusto numero di medici, infermieri e fisioterapisti, perché l'idea di fondo è che ognuno faccia la sua parte. Quel mondo è finito. Il problema che devono risolvere le aziende, soprattutto la vostra, è come fare cena con quello che si ha in frigorifero. Questo significa rompere gli schemi professionali e fare in modo che le persone, con le loro competenze, facciano le cose di cui abbiamo bisogno.

Non è facile perché abbiamo 30 professioni e 50 specialità mediche. Un mondo di questo genere lo potete gestire in un contesto urbano, non qua. Qui dovete tirare una croce su questa logica e iniziare a dire: le persone che ho, che cosa posso metterle a fare? Detto così è semplice, farlo è molto difficile perché se dico questo al presidente dell'ordine dei medici, qualche problema me lo pone.

C'è il tema delle équipes itineranti. Siamo in un mondo nel quale il passato ancorava i professionisti ai luoghi fisici, la modernità stacca il professionista dal luogo fisico. C'è questo tema delle piattaforme e dei professionisti che si muovono sulle piattaforme. I chirurghi del settore privato sono già orientati così, ma anche nel pubblico: a Pisa stanno facendo tutte le sale operatorie uguali perché così i chirurghi dell'azienda ospedaliera pisana possono operare dove vogliono, trovando esattamente la stessa sala operatoria ovunque. È un mondo nel quale i professionisti tendenzialmente si muovono mentre rimangono ferme le piattaforme, vanno dove c'è bisogno del loro sapere invece che essere i cittadini ad andare dove trovano quel sapere.

### **I fattori critici di successo per il cambiamento**

Chiudo con due ragionamenti. Ho cercato in questa carrellata di temi di darvi l'idea che avete elementi oggettivamente difficili per la situazione nella quale il nostro sistema si trova, ma siete passati dall'essere dimenticati e considerati un problema all'essere front runner della sanità che sta arrivando, perché affrontate temi che altri affronteranno e lo fate probabilmente bene.

Quali sono i fattori da monitorare? Visione e orizzonte strategico nei quali i singoli progetti assumono significato. Se non c'è un sense making coerente, non si riesce a inserire i singoli progetti in una narrazione di cambiamento, e questo è fondamentale. Lo devono fare le leadership, il direttore, il top management della ULSS insieme a tutte le istituzioni locali, condividendo il senso dell'operazione.

Serve una presa d'atto realistica dei vincoli da parte di tutti gli attori e la focalizzazione sulle priorità. Il fatto che siamo al 6,2% e che gli infermieri non ci sono non può essere ignorato. Se non prendo atto di questo e non riesco a identificare le tre priorità che devo perseguire, continuo ad alimentare un senso di frustrazione impossibile.

Serve il supporto della collettività locale attraverso una valorizzazione dei benefici resi disponibili a paziente e collettività. Talvolta le nostre popolazioni non si rendono conto di quello che diamo loro e ci fanno la contabilità di quello che non diamo. Forse bisognerebbe valorizzare meglio ciò che stiamo dando.

Serve la condivisione della visione dei progetti sul piano politico, istituzionale e locale, la motivazione e alleanza con i professionisti coinvolti, la creazione delle condizioni organizzative. Per fare il change management e lo skill mix change bisogna avere competenze di gestione del personale che francamente sono scarse nelle nostre aziende. I capi del personale attuali sono troppo dipendenti da paradigmi giuridico-amministrativi piuttosto che da temi di gestione del personale.

Serve la capacità di collocarsi in una rete istituzionale e professionale più ampia. Se non avete una regione alle spalle e buoni rapporti con chi vi sta alle spalle, i problemi non li risolvete. È il tema dell'appartenenza: la regione come alleato e non come controparte, altrimenti non si va da nessuna parte.

Serve l'adozione di un approccio di innovazione graduale e progressivo. Non ci sono bacchette magiche, ci vuole la pazienza e la costanza di costruire pezzo a pezzo un sistema che funziona. Non sono uno che va in montagna, però la retorica l'ho sentita molte volte e credo che sia esattamente questo che dovete fare. Per andare in montagna bisogna avere pazienza, costanza, collaborazione, solidarietà, mappa e attrezzature adeguate. Poi c'è un elemento che non si può costruire: coraggio e fiducia nel raggiungimento della meta.

## Moderatore

Grazie professore, e i motivi di ringraziamento sono molteplici. Prima di tutto perché è andato dritto per dritto, ovvero ha detto alcune cose che qualche volta chi fa il direttore generale o chi è inserito in un sistema fa fatica a dire, e questo è importante perché ci fa capire dove stiamo andando. Il secondo motivo di ringraziamento è perché si percepisce che ha studiato il nostro percorso e ha visto lo sforzo che abbiamo fatto nel costruire le reti, nel ragionare di community building e nel capire che la salute è qualcosa che si costruisce insieme. Il terzo aspetto è che mi aiuta a introdurre la successiva relazione parlando di aree interne e di proprietà di programmazione.

Credo che alcuni di noi che hanno seguito il percorso abbiano forse imparato che i problemi che stiamo vivendo non sono propriamente problemi legati all'altitudine, ma sono problemi legati a

un contesto di fragilità e di marginalità che esiste in montagna ma che si trova in molte altre zone d'Italia. Una delle prime dispositive che il professore ha mostrato indica chiaramente questo aspetto. Quindi programmare per le aree interne significa trovare criteri per non lasciare indietro nessuno.

Mi piace citare questo tema: nonostante dal 2014 esista una politica nazionale per le aree interne, come diceva anche il Presidente, se ne parla tanto ma in realtà se ne è fatto poco. Tuttavia, quest'anno, se qualcuno ha seguito il discorso del Presidente della Repubblica a fine anno, ha posto proprio il problema della montagna e delle aree interne come una sfida che il nostro paese deve affrontare. Quindi se ne comincia finalmente a parlare.

Anche la Regione ha fatto il suo percorso e la dottoressa Cazzaro ce lo illustrerà, ma credo vadano sottolineati tre aspetti. Anche qui mi ha aiutato molto il professore: affrontare questo problema di programmazione richiede almeno tre livelli. Richiede il livello statale nel quale bisogna affermare che non tutti i posti sono uguali, e questo richiama quanto abbiamo detto a Feltre ricordando i 25 anni della Carta di Feltre, che per la prima volta a livello nazionale ha stabilito che i territori montani avevano bisogno di una programmazione specifica e di un finanziamento specifico.

Il secondo livello è quello dei cittadini, che in qualche modo devono abbandonare la logica di una protesta puntuale e sterile ma devono assumersi un compito insieme alle istituzioni. È quello che è stato definito community building.

Il terzo compito è quello della Regione, alla quale spetta il compito di programmare ma che probabilmente deve ragionare in tempi lunghi. Se vogliamo contrastare la denatalità in una provincia come quella di Belluno, i tempi di un mandato regionale non bastano.

Qui introduco direttamente la dottoressa Cazzaro, riprendendo un altro aspetto che ha evidenziato il professore. Se osservate la demografia della provincia di Belluno, vedete che l'andamento demografico corrisponde a quello del Veneto e dell'Italia, solamente che è anticipato di dieci anni. L'inverno demografico che l'Italia sta sperimentando adesso, Belluno l'ha sperimentato dieci anni fa. Quindi credo vada accolto il suggerimento del professor Del Vecchio: fare alcuni percorsi qui aiuta poi a capire come portare questi percorsi quando l'inverno demografico interesserà tutta la nazione.

## **Romina Cazzaro**

### **I criteri della programmazione regionale dei servizi sanitari nelle aree interne.**

Riprendo in continuità con quanto già esposto dal professor Del Vecchio alcuni concetti legati alla programmazione, che è il ruolo che ricopro in questo momento e che quindi sintetizza il lavoro svolto quest'anno, ma in realtà il lavoro di anni su questo tema. Partendo dalla definizione di cosa si intende per programmazione, si tratta del tentativo di organizzare le attività e i servizi che devono essere pianificati, ma in funzione di cosa? Di obiettivi da raggiungere e di una popolazione che ha dei bisogni più o meno espressi.

Gli obiettivi sono tutti quelli tipici del nostro mondo sanitario: obiettivi di prevenzione, obiettivi più strettamente ospedalieri, obiettivi di territorio e integrazione con il mondo sociale che è tipico del nostro modello veneto. Abbiamo molti strumenti da poter utilizzare; gli strumenti forse più noti sono il Piano Sanitario Nazionale e il Piano Sociosanitario Regionale, che sono quelli con la visione più ad ampio respiro sia in termini di tempo che in termini di tematiche e di obiettivi.

## **Le aree interne e le sfide del territorio**

Le aree interne, già anticipate in precedenza, sono peculiari per bisogni specifici, peculiari per demografia e peculiari per questa difficoltà o questa particolarità nella gestione degli spostamenti e nella gestione della concentrazione dei servizi. Questa è la sfida sicuramente del territorio di Belluno, ma ovviamente è lo stesso fenomeno che vediamo nel nostro Veneto in alcune zone della provincia di Venezia piuttosto che della provincia di Rovigo, con aspetti differenti ma con una linea comune di difficoltà nell'adeguare il livello di servizio al contesto orografico dell'area.

### **Il quadro normativo nazionale: DM70 e DM77**

La programmazione nazionale si basa su due documenti già citati che voglio riprendere per dare un filo al discorso: il DM70 del 2015, che riorganizza la rete degli ospedali a livello nazionale e introduce e rafforza alcuni concetti che erano già precedentemente in parte espressi ma che diventano sicuramente fondamentali. Il tema della rete, di una rete che si definisce in nodi hub and spoke, il tema dei bacini per specialità, quindi una definizione di quanto grande e quanta popolazione deve afferire al centro di riferimento per quella specialità, il tema della qualità anche come volumi ed esiti di prestazioni. Tutti questi fattori si riuniscono in standard e obiettivi di qualità organizzativi, strutturali e tecnologici che devono avere le strutture sanitarie del sistema sanitario nazionale e del sistema sanitario regionale. La rete è una rete di ospedali ma è sicuramente anche una rete che deve svilupparsi per patologia.

Un tema che ricorre da molti anni e forse questa volta veramente con una svolta, grazie anche al PNRR e al cambiamento che ci sta imponendo, è quello della continuità tra l'ospedale e il territorio. Il DM77, più recente, parla dell'altra parte del mondo da questo punto di vista, quindi dello sviluppo della parte più territoriale. L'abbiamo già citato e anche qui non voglio ripetere, ritornano però alcuni elementi che sono sovrapponibili ai concetti che hanno guidato la riforma della parte ospedaliera: il concetto della rete, il concetto dell'organizzazione per servizi e il concetto del coordinamento delle varie attività nei nodi della rete.

### **Il Piano Sociosanitario Regionale e l'organizzazione veneta**

Il Piano Sociosanitario vigente, che riprende tutta l'organizzazione del DM70 per il nostro caso, ha rimesso in risalto il concetto della rete hub and spoke e ha posto l'attenzione su queste aree che meritano un percorso differente: i territori in generale a bassa densità di popolazione, ma sicuramente la parte montana e la parte lagunare. L'obiettivo è quello di garantire per alcuni aspetti cure di prossimità, quindi vicine, per altri aspetti la centralizzazione. Per le cure di alta complessità prevale un concetto di concentrazione di strutture, competenze e tecnologie, fino ad arrivare ai veri e propri centri di riferimento che valgono per tutto l'ambito regionale. Alla fine, questa programmazione in vigore e anche nel futuro si articola in tre grossi nodi: il nodo della rete, il nodo dei percorsi e il nodo della tecnologia.

### **Le reti cliniche: struttura e funzionamento**

Per quanto riguarda la rete, che è il primo aspetto su cui volevo concentrare l'attenzione, la rete diventa uno strumento per garantire la presa in carico del bisogno del paziente e cerca di mettere in relazione numerosi fattori, a partire dalla struttura dei servizi presenti sul territorio, le competenze professionali dei professionisti di tutti gli ambiti professionali, quindi sicuramente con un'ottica aperta a tutte le professioni sanitarie, gestendo poi la presa in carico in livelli diversi di assistenza.

Alcune reti sono definite proprio per patologie, quindi il modello hub and spoke per singola patologia, altre semplicemente più organizzative. Cosa individua la rete? Le regole di funzionamento della rete, come va monitorata la rete a livello locale ma anche a livello

regionale, i requisiti minimi di sicurezza e di qualità che devono avere i processi nelle singole sedi, la qualificazione stessa dei professionisti che fanno parte della rete e anche, soprattutto più recentemente, le modalità di coinvolgimento dei cittadini nell'aggiornamento della rete e nella comunicazione dell'attività della rete.

La rete deve avere un bacino di riferimento e il bacino di riferimento è sia funzionale alla specificità delle patologie ma anche ai concetti di tempo-dipendenza di alcune reti e deve rispondere ai criteri di qualità, quindi ai criteri di volume minimi di attività erogata e di qualità degli esiti sulle procedure garantite ai nostri cittadini. Funziona per livelli e si basa su tutto un sistema di requisiti. Nelle reti cliniche abbiamo un coordinatore clinico che generalmente è il riferimento per quella materia ma all'interno di colleghi e responsabili di quell'attività nelle altre strutture della regione.

La rete forse principale è quella degli ospedali che, come sapete, si articola in ospedali che hanno un ruolo regionale, ospedali che hanno un ruolo provinciale e poi il nostro Istituto Oncologico Veneto. Tutto il resto della regione è articolato in presidi spoke le cui attività si intersecano e devono collegarsi con le attività degli hub. A lato, alcuni ospedali che hanno un ruolo di nodi di rete, sia privati accreditati che pubblici, e per fare un esempio ovviamente i riabilitativi sono forse quelli che conosciamo meglio.

### **I percorsi diagnostico-terapeutici e gli obiettivi di qualità**

Le reti cliniche hanno l'obiettivo di mettere sullo stesso ragionamento sia concetti di appropriatezza, appropriatezza nel costruire il percorso giusto per la patologia piuttosto che nel corretto utilizzo delle risorse, concetti di sicurezza delle cure che eroghiamo ai nostri pazienti e ovviamente anche concetti di efficacia e di efficienza. Per alcune reti, in particolare le reti oncologiche, il concetto dei volumi diventa molto importante perché tutta la letteratura dimostra che per alcune patologie è veramente importante garantire una buona qualità, una buona quantità di casi per riuscire a garantire cure effettivamente efficaci. Il DM70 contiene alcune reti come esempio da seguire, ma poi in realtà su molti ambiti questo concetto viene riprodotto.

Come vedete, le reti sono veramente tante; queste non sono tutte ma sono quelle che negli anni in Regione Veneto sono state attivate, alcune in epoche precedenti al DM70 stesso. La rete deve funzionare secondo protocolli e secondo modalità di consultazione che siano chiare fra i diversi attori della rete. Alcune delle reti che veramente hanno una storia e che credo tutti conosciamo nel nostro lavoro sono la rete dell'emergenza urgenza, sia nella sua parte di strutture territoriali di primo e di secondo livello (quindi pronto soccorso per intendersi e strutture connesse) sia tutta la rete di soccorso territoriale che, come conoscete, è ben organizzata in termini anche di ambulanze, automediche e elicotteri a disposizione della rete.

La rete del trauma è un'altra rete formalizzata da tempo che vede per ciascun ospedale il suo ruolo all'interno della rete e quindi la tipologia di prestazioni che vengono garantite H24, 7 su 7. Ovviamente tutte le reti alla base hanno poi una contestualizzazione che diventa un importante approccio di formazione e interscambio con la rete del 118 e arrivano sempre ad avere anche un percorso diagnostico terapeutico dedicato. Oltre alla rete del trauma, ne cito un altro paio velocemente, sempre tempo-dipendenti: la rete dell'ictus e la rete dell'infarto a livello regionale. Tutte queste reti sono formalizzate da tempo; quello che stiamo facendo in questo momento è un rinnovo e aggiornamento dei coordinamenti delle varie reti.

Alcune reti invece sono di nuova introduzione: la rete delle terapie intensive del Veneto nasce con il COVID ed è stata aggiornata l'anno scorso; la rete delle microbiologie del Veneto è stata formalizzata l'anno scorso, come è stata aggiornata la rete patologica e la rete ematologica.

L'obiettivo principale di lavorare in rete è anche il vantaggio di mettere tutti i professionisti delle varie aziende a confronto e anche utilizzarli come risorsa per arrivare a definire protocolli comuni per gestire le singole situazioni.

La rete funziona attraverso l'utilizzo di percorsi. Abbiamo formalizzato nel corso dell'anno scorso un unico modello di percorso diagnostico terapeutico assistenziale da utilizzare a livello regionale. La delibera è in corso di numerazione, quindi avremo anche uno strumento pratico per arrivare a definire questi percorsi in maniera univoca, indipendentemente dalla rete a cui afferiscono. Qual è l'obiettivo di avere un modello e di utilizzarlo? Sicuramente la possibilità di garantire una continuità nel percorso assistenziale del paziente, un miglioramento della qualità che riusciamo a garantire e promuovere sia la qualità e l'uniformità delle prestazioni che possiamo erogare che la sicurezza del paziente.

Come nascono questi percorsi? Alcuni vengono indicati direttamente a livello ministeriale con i percorsi prioritari da attivare. Alla base c'è un coinvolgimento dei professionisti sanitari e delle associazioni dei pazienti. In questo caso stiamo coinvolgendo tutte le aziende sanitarie anche per portare la peculiarità di alcuni territori, e quindi ovviamente i rappresentanti di Belluno riescono a portare al tavolo le particolarità e i fabbisogni che ha Belluno in quella specifica materia. Si basano sicuramente sui nostri dati epidemiologici e di eventuale criticità che ci sono nel nostro contesto regionale e lavorano sotto forma di gruppi di lavoro che sono sia multiprofessionali che multidisciplinari.

Alcuni dei percorsi che sono in corso di stesura in questo momento, come vedete, riguardano le patologie ad alta frequenza nel territorio, in realtà in tutti i territori ma anche nel territorio regionale. Ne ho citati solo alcuni per darvi un'idea.

### **La telemedicina: il terzo pilastro della programmazione**

Il terzo elemento di queste attività di programmazione è la tecnologia. La rete e i percorsi garantiscono la massima comunicazione fra strutture diverse e fra professionisti diversi. Quello che ci manca è un sistema tecnologico che consenta la diffusione di questi contatti di rete, al di là dei metodi un po' artigianali e di buonsenso come il telefono o la mail. Quindi, all'interno della progettualità regionale è stata inserita in maniera importante la telemedicina.

La telemedicina ha bisogno di alcuni requisiti di fondo che sono sia tecnologici sia una capacità del paziente e dei suoi caregiver di riuscire ad interagire con questi strumenti tecnologici, ma ha sicuramente bisogno dei percorsi e della rete che abbiamo definito finora. La telemedicina nella nostra regione si sta sviluppando in maniera forte grazie al PNRR. Una delle missioni del PNRR è proprio dedicata alla telemedicina, sviluppando due linee di azioni: la vera e propria acquisizione della piattaforma, che è una piattaforma regionale che sarà valida per tutte le aziende, e poi l'acquisto di postazioni di telemedicina che sono alla fine dei PC sufficienti a fare poi tutte le attività di telemedicina. L'investimento a livello nazionale è veramente di dimensioni importanti e ovviamente tutto questo si traduce in una serie di attività che facciamo a livello regionale per implementare la piattaforma a livello regionale.

Quindi, la prima parte delle nostre attività è stata concentrata sull'acquisto della piattaforma, che è derivata da una gara che ha fatto la Regione Lombardia per tutte le regioni d'Italia. A fianco della gara con la Regione Lombardia, siamo partiti con delle attività per intercettare tutti i fornitori di dispositivi medici che sono già in utilizzo nelle aziende, o almeno i principali, per poterli collegare alla nostra piattaforma e poter offrire un'unica piattaforma di utilizzo di questi servizi.

Abbiamo un tema, come già accennato anche dal professor Del Vecchio, delicato di rendicontazione di quello che stiamo facendo, perché ogni sei mesi viene monitorata la nostra

attività e gli obiettivi che raggiungiamo. E questi obiettivi li raggiungete perché ci fate raggiungere, perché sicuramente Belluno, pur non avendo ancora la piattaforma, sta erogando prestazioni con questa modalità in numero estremamente importante, tanto da aiutare a far raggiungere gli obiettivi a livello regionale in maniera importante.

Abbiamo un tema di acquisizione delle tecnologie da distribuire a tutte le aziende; anche questa parte viene fatta a livello regionale e quindi con poi un riversamento di tutte le prestazioni nelle aziende. E poi abbiamo un tema di costruire il centro servizi che darà assistenza ai pazienti e agli operatori che utilizzano la piattaforma.

### **L'implementazione della piattaforma regionale di telemedicina**

I servizi con cui partirà questa piattaforma sono quattro: la possibilità di fare televisite, la possibilità di fare telemonitoraggio sia a domicilio del paziente sia in strutture extraospedaliere tipo i centri di servizio, la possibilità di fare teleconsulti e quindi colloqui strutturati con scambio di dati e di referti dei pazienti tra professionisti sanitari (quindi in primis fra medico e medico ma non necessariamente solo fra medici), e poi un'attività di teleassistenza pensata più per il contesto domiciliare, erogata anche questa da professionisti sanitari in vari ambiti, quali per esempio la gestione delle medicazioni piuttosto che dei cateteri.

La piattaforma coinvolge ovviamente tutti gli attori; non li elenco perché di fatto sono tutti. La piattaforma è stata pensata come uno strumento per essere di ausilio all'attività di tutti i professionisti sanitari, quindi sicuramente dei medici ma anche degli altri professionisti che hanno possibilità di seguire i pazienti a distanza, quindi senza trasferimento. E quindi sia la distribuzione degli ausili sia i percorsi che verranno attivati man mano, ovviamente con una progressione, coinvolgeranno tutti gli attori del nostro sistema sanitario.

Le aziende sono state protagoniste di questa attività sia da parte delle direzioni generali, che sono state più volte coinvolte nella progettualità, sia di nuovo con la partecipazione ai gruppi di lavoro regionali, sia clinici sia tecnologici, per portare a bordo la piattaforma in tutte le aziende. Sottolineo che l'ULSS 1 Dolomiti, per vari motivi, in primis perché già abituata a ragionare con la telemedicina, è stata scelta come pilota, quindi sarà la prima azienda a collaudare la piattaforma e a partire con la piattaforma. Poi a cascata l'ULSS 2 e quindi tutte le altre aziende, contando di partire almeno con alcuni servizi in tutte le aziende entro fine anno.

Il vantaggio di questo modello è che la gradualità è necessaria perché ovviamente le aziende pilota fanno più fatica delle altre a rendere operativo lo strumento e bisogna che concentriamo gli sforzi su far partire almeno due punti. A modello concluso, ovviamente avremo tutte le aziende in grado di comunicare in maniera solida anche dal punto di vista della gestione del dato e della trasmissione delle informazioni con qualsiasi collega delle altre aziende, quindi superando strumenti che in qualche maniera abbiamo utilizzato finora a volte in maniera un po' di arrangiamento, non potendo fare diversamente.

Grande è il lavoro del gruppo regionale che ha lavorato su questo, che è arrivato a definire i contenuti organizzativo-sanitari di quello che finirà in piattaforma in maniera da poterla poi configurare con quello che ci serve. Per capirsi: cosa effettivamente serve come contenuto minimo per fare una televisita, cosa serve per fare un telemonitoraggio. Abbiamo ragionato sulle patologie croniche di maggior impatto sulla popolazione, quindi di nuovo la parte cardiologica, la parte pneumologica, la parte diabetologica, però ripeto il modello può essere esteso anche a seconda delle peculiarità dei setting un po' dappertutto.

Siamo arrivati a dodici documenti che verranno inseriti in piattaforma con queste caratteristiche e in seconda battuta verranno integrati i device che già abbiamo e sono collegati, per esempio i

sensori per il monitoraggio della glicemia piuttosto che i defibrillatori impiantabili che già trasmettono a piattaforme, anche nella piattaforma regionale.

In sintesi, questi tre elementi permettono di mettere insieme il percorso, la rete e la tecnologia. Tutti e tre questi elementi hanno bisogno di essere messi sul piatto perché nessuno dei tre da solo può andare avanti. Sicuramente la piattaforma rappresenta una svolta per come siamo organizzati e la vera novità, non di meno gli altri due hanno bisogno di continue manutenzioni perché anche una volta fatto un percorso diagnostico terapeutico, non rimane valido per sempre: ha bisogno di essere aggiornato anche di fronte alle novità farmacologiche piuttosto che tecnologiche della specifica patologia. Mettendo insieme questi tre percorsi, riusciamo a creare modelli che garantiscono flessibilità e che garantiscono che lo stesso livello di cura possa essere trasportato in tutte le sedi della regione senza dover per forza costringere un paziente ad andare dove questo livello di cura è maggiormente rappresentato.

### **Moderatore**

Grazie, dottoressa. Mi pare che i punti da sottolineare siano almeno due. Da un lato, la ricerca della continuità che rimane un valore fondamentale, particolarmente importante dove più difficili sono i contatti. Dall'altro lato, l'aspetto che merita particolare attenzione è quello della telemedicina, poiché lo sviluppo delle tecnologie, soprattutto dove risulta più complesso far viaggiare i mezzi, consente di far viaggiare i dati e le immagini, rappresentando un fattore di incremento e facilitazione della qualità assistenziale.

### **Le opportunità di sviluppo per la montagna veneta**

L'ultima relazione di questa sessione riguarda le opportunità di sviluppo per la montagna veneta. Ho cercato in tutte le maniere di sforzarmi di trovare qualcosa di originale da presentare, ma alla fine sono caduto nel tema più evidente, che tuttavia banale non è. L'evento principale per la montagna veneta sono senza dubbio le Olimpiadi, che coinvolgeranno Cortina e altre località del Veneto, portando investimenti, visibilità internazionale e nuove infrastrutture.

È evidente che la preoccupazione o il dubbio che rimane a tutti noi concerne la legacy, cioè l'eredità che queste Olimpiadi lasceranno. Queste Olimpiadi saranno un fuoco di paglia che si esaurirà nel mese o nei due mesi olimpici, oppure rappresenteranno veramente un volano che consentirà ai nostri territori e alle nostre montagne di sviluppare progettualità e di trasformare in meglio le nostre comunità? La risposta a questa domanda ce la fornirà sicuramente il dottor Maurizio Gasparin, segretario generale della programmazione della Regione Veneto e coordinatore del progetto olimpico per il Veneto.

### **Maurizio Gasparin, Segretario Generale della programmazione della Regione Veneto e coordinatore del progetto olimpico per il Veneto**

Buongiorno a tutti, grazie per l'invito e un saluto alle autorità e al signor Prefetto. Il tema che avete posto stamattina è molto importante, non solo quello delle Olimpiadi, ma il tema della valorizzazione delle aree interne. Io, nell'insieme del rapporto con gli enti locali di questa provincia e di quest'area interna, l'ho in qualche modo gestita attraverso una serie di contatti con sindaci e con le autorità locali. Le criticità che sono emerse nel sostenere, attraverso diversi strumenti, questa valorizzazione delle aree interne hanno avuto anche una proposta di programmazione strategica della Regione nella definizione di un programma di riordino territoriale.

Ricordiamoci che ci sono tanti aspetti critici che non aiutano queste aree interne, ma la semplificazione dei livelli di governo che deve essere garantita è uno degli elementi che va sostenuto. Strumenti importanti come il PNRR possono agevolare questa attività di valorizzazione. Ricordiamoci che il PNRR chiede ed esige che ci siano investimenti che abbiano una ricaduta dal punto di vista economico, che producano degli effetti sul territorio. Questo è uno degli aspetti. L'altro aspetto è quello che, accanto agli investimenti, ci sia un processo di semplificazione di procedure amministrative in grado di semplificare i rapporti tra le amministrazioni, le istituzioni locali e i cittadini.

### **Caratteristiche innovative delle Olimpiadi Milano-Cortina 2026**

Fatta questa premessa, mi accingo a rappresentare il tema dei temi che in qualche modo dovrà caratterizzare anche l'impegno e lo sta già facendo per la Regione Veneto e per gli altri territori coinvolti sull'organizzazione di questo evento. Come accennava il moderatore, potrà essere un evento che avrà degli effetti limitati nel tempo. Io ricordo che un evento simile che è stato organizzato nel 1956 a Cortina ha prodotto nel tempo un volano importante che è stato utilizzato non solo per Cortina e per l'immagine di Cortina, ma per l'area territoriale bellunese che ha sviluppato nel corso degli anni degli effetti significativi.

La caratteristica di queste Olimpiadi è diversa da tutte le altre Olimpiadi organizzate in nuovo territorio. Per la prima volta vengono coinvolte due regioni di un'area territoriale molto più estesa, due province autonome e due comuni: Milano e Cortina. Questo è il primo elemento di novità che ha definito e caratterizzato l'organizzazione di questo evento. Accanto all'organizzazione territoriale, c'è stata la necessità anche di definire un percorso organizzativo adeguato nel coinvolgimento di soggetti che, nell'ambito di specifiche competenze, si sono assunti la responsabilità di mettere a terra l'organizzazione.

Ci sono due soggetti giuridici che sono stati costituiti con legge dello Stato: la Fondazione Milano-Cortina e la società Infrastrutture. Ci sono poi enti territoriali tutti coinvolti, non solo i comuni che ospitano le attività sportive. Nel territorio bellunese abbiamo un soggetto che è la Fondazione Cortina, che ha un ruolo fondamentale e importante nella messa a terra di questa programmazione.

### **Investimenti e ricadute economiche sul territorio**

Le ricadute sul territorio sono già oggi importanti, ricadute che sono legate agli investimenti su opere sportive e su infrastrutture. Le opere sportive che sono state definite e programmate dal governo e sono in fase di realizzazione compongono una serie di attività che hanno un impatto finanziario che vale quasi 200 milioni di euro. Vale anche per gli interventi sulle infrastrutture, che sono interventi che vanno a soddisfare dei fabbisogni che questo territorio esprime da decenni, che vedono la variante di Longarone e la variante di Cortina. Tutta questa documentazione la lascio a vostra disposizione, ma hanno un impatto finanziario di oltre un miliardo.

Questo significa anche un ulteriore aspetto che abbiamo messo a terra nell'organizzazione e nel sostegno di questa programmazione regionale. La complessità della dimensione territoriale dei soggetti coinvolti ha previsto e imposto che nella nostra regione ci fosse adottato un metodo di lavoro che prevede un sistema di relazioni istituzionali che vanno garantite nel sostenere questa messa a terra di iniziative. Abbiamo un tavolo con la Prefettura che viene convocato sistematicamente, che ha il compito di raccogliere e di individuare momenti di confronto significativi finalizzati alla messa a terra di complesse attività organizzative.

Andiamo avanti con ulteriori investimenti che vengono fatti, che arrivano in parte dal Comune di Cortina e che hanno previsto stanziamenti a bilancio sia nel bilancio dello Stato che nella

Regione, con la totale copertura della programmazione prevista. Quando abbiamo lavorato sul dossier di candidatura, io ho seguito e accompagnato il Presidente Zaia che ha chiesto di sostenere la candidatura. Vi ricordate che all'inizio le proposte di candidatura a livello nazionale erano tre proposte distinte: una dalla Regione Lombardia con il Comune di Milano, una dalla Regione Piemonte con il Comune di Torino, e poi c'era il Veneto che si è inserito alla fine e ha rappresentato un dossier molto rilevante dal punto di vista della qualità e dell'impostazione organizzativa.

### **Analisi dell'impatto economico e strategico**

Siamo arrivati a una definizione puntuale di questo dossier e poi alle vicende che riguardano la valutazione del nostro dossier. Nel momento in cui abbiamo rappresentato il dossier, abbiamo voluto anche valutare, attraverso il contributo di tre università, l'impatto economico che questo poteva generare. Un impatto che per l'area dell'Ampezzo vale come spesa di investimento oltre 2 miliardi, quindi 777 milioni di valore della produzione che supera i 5 miliardi, con 36.000 unità occupate. Questi sono elementi che già danno una ricaduta positiva e danno anche una valenza strategica dal punto di vista temporale che può garantire un beneficio importante sul territorio, non solo provinciale ma sul sistema regionale.

L'impatto mediatico è una cosa molto importante. Tra pochi mesi avremo ovviamente questo palcoscenico mondiale che sarà oggetto di divulgazione mediatica a livello mondiale. Lo sport è un motore di globalizzazione che è capace di creare un momento di grande valorizzazione dei territori che ospitano queste manifestazioni. Le trasmissioni sono state assegnate dal CIO a due delle principali società mediatiche del mondo: la Warner Bros e l'European Broadcasting Union. Quindi c'è un canale di divulgazione e di valorizzazione e promozione del territorio che sarà sicuramente rilevante e avrà una ricaduta importante su quelle che sono gli eccezionali elementi che valorizzano il nostro territorio da ogni punto di vista.

### **Programmazione strategica regionale di avvicinamento ai Giochi**

Noi abbiamo immaginato che, accanto agli investimenti che sono stati e che vengono generati dalla programmazione statale e regionale, ci fosse anche un piano di valorizzazione delle attività, un programma strategico regionale di avvicinamento ai Giochi che potesse avere un effetto leva per ottimizzare l'opportunità dei Giochi Invernali. Attraverso una raccolta e l'avvio di un programma di iniziative voluto dalla Giunta regionale del Presidente Zaia, che potevano essere messe a terra attraverso una raccolta di una programmazione strategica che la Regione doveva fare attraverso l'elaborazione di attività utilizzate dalle singole strutture regionali e che sono state frutto di questi tavoli che hanno prodotto 188 attività.

Ogni struttura regionale ha proposto e propone annualmente delle iniziative: un tavolo sport, sociale, lavoro, alimentare, delle attività produttive e così via. Vengono raccolte queste iniziative e vengono inserite in un contesto di promozione unica che la Regione Veneto sta portando avanti. Accanto alle proposte delle strutture regionali vengono anche raccolte le proposte dei portatori di interessi diffusi sul territorio, le categorie economiche, un settore di agenti dell'economia e del sociale che possono partecipare a questa programmazione.

Con questa attività noi abbiamo elaborato una serie di bandi per l'ampliamento dell'offerta formativa scolastica, di promozione di attività ludico-sportive, una campagna di prevenzione di comunità attive per promuovere lo stile di vita, l'adeguamento di impianti sportivi. Molte iniziative che hanno dato e stanno dando adesso significativi risultati, iniziative che vengono collocate a livello temporale nel corso del 2024 e del 2025 e che sono state finanziate attraverso una serie di strumenti: risorse proprie dal bilancio della Regione, finanziamenti comunitari. Sono però messe in una cornice dentro la quale pongono degli elementi eccezionali di valorizzazione

del territorio da ogni punto di vista economico, gastronomico e altro, per avere una giusta collocazione e una capacità di comunicazione verso l'esterno molto importante.

Il tema del paesaggio, del sostegno alla sostenibilità, alla protezione agroalimentare sono tutti elementi che sono stati ricercati dalle nostre strutture e utilizzati con forza per garantire un valore aggiunto sulla programmazione, sulla valorizzazione del sistema regionale. Su questo programma sono stati coinvolti enti, istituzioni locali, associazioni di categoria.

### **Legacy materiale e immateriale: sostenibilità a lungo termine**

Il tema della Legacy, come ha accennato il moderatore, è un tema fondamentale. Legacy che significa Legacy materiale, quindi quello che viene lasciato nel territorio per gli investimenti, per le infrastrutture che saranno realizzate, ma c'è anche una Legacy ovviamente immateriale. La prima preoccupazione che abbiamo avuto è quella di garantire i confronti.

La Legacy, cioè quello che noi abbiamo dovuto garantire nel corso di questi mesi, è di aver dato al CIO un piano di valorizzazione degli investimenti che sono stati realizzati, in grado di attivare una sostenibilità finanziaria. Tutto questo è stato svolto attraverso una serie di accordi fatti con soggetti pubblici e privati, non solo per il tema della pista da bob che era il tema più discusso in questi mesi, che ha trovato una fase realizzativa importante e che sta anche definendo un piano puntuale di valorizzazione e di sostegno, in modo tale che rappresenti anche questo, nell'ambito dell'impatto sul territorio, un momento di grande rilevanza e impatto finanziario positivo.

Accanto al piano di valorizzazione delle attività previste, in particolare sulla pista da bob, abbiamo coinvolto i comuni interessati, le province autonome, ma anche la Federazione Italiana Sport Invernali, la Federazione Italiana Sport Olimpici, cioè tutti i soggetti che devono garantire un piano di valorizzazione non solo sportiva nei prossimi anni. L'abbiamo fatto anche attraverso la costituzione di un tavolo tecnico di programmazione che ogni quattro anni definisce una puntuale attività di eventi mondiali che saranno generati utilizzando questo impianto innovativo.

Come far crescere il Bellunese attraverso i Giochi, attraverso lo sviluppo dell'inclusività, la sostenibilità e lo sport, l'intercultura del territorio bellunese? La Fondazione Cortina, assieme agli altri enti locali, con l'obiettivo di coinvolgere tutti gli stakeholder. L'inclusività è un carattere che andrà a rappresentare le politiche organizzative per questo evento. La stagione turistica si coniuga insieme a un periodo di bassa stagione, il mercato turistico in espansione, l'ecoturismo a 127 milioni di persone in Europa, di cui 10 milioni in Italia, l'incremento del fatturato del 15%, il soggiorno più lungo di almeno una vacanza all'anno, 10 giorni, clienti con capacità di spesa medio-alta, effetto moltiplicatore.

Questi sono elementi che sono in qualche modo sostanziati da un'analisi puntuale che anche con l'Università di Venezia stiamo in qualche modo lavorando e approfondendo, con l'obiettivo di mettere a terra politiche anche turistiche portate nel prossimo decennio, in grado di valorizzare il territorio bellunese. L'obiettivo fondamentale di questa partita che si è posto la Giunta regionale è che sia un'occasione in grado di generare nel tempo un volume economico significativo.

Accanto all'evento, però, ci deve essere un sistema di coinvolgimento di istituzioni locali, di soggetti privati che vogliono concorrere a garantire un modello organizzativo che può avere nei prossimi decenni un riferimento importante. Questo significa ovviamente valorizzare l'evento delle Olimpiadi, ma accanto a questo il tema della messa a rete di una serie di interventi di riordino territoriale, di semplificazione amministrativa andrà a definire un modello che ci permetterà di valutare con assoluta positività anche i destini dell'area interna nei prossimi anni.

## 2^ SESSIONE Soluzioni innovative per la sanità di montagna: dal pensare al fare

Moderano: Paola Paludetti e Sandro Cinquetti

**Maria Caterina De Marco**

**Dai documenti di consenso all'azione,**

Grazie e una buona giornata a tutti. Io sono molto orgogliosa oggi anche di portare una serie di risultati che sono ovviamente derivanti dalle quattro giornate, perché oggi ovviamente è la quarta che conclude questo ciclo veramente molto importante che ha visto la realizzazione di una serie di percorsi e di una serie di strumenti. Sono anche molto contenta che il convegno di oggi si chiami con il sottotitolo "gestire la complessità", perché la complessità chiede cura, chiede cura perché coinvolge le nostre strutture, coinvolge i nostri professionisti, coinvolge anche i nostri stakeholder e quindi gestire la complessità veramente chiede molta cura.

Io parto ovviamente facendovi vedere velocissimamente la carrellata dei quattro documenti e vedete che il primo era stato un convegno molto generico dove però avevamo aperto una strada molto importante. Il secondo è stato molto peculiare perché ha parlato delle reti tempo-dipendenti. Noi abbiamo visto, con il confronto tra i nostri professionisti, i professionisti referenti della Regione del Veneto e anche molti referenti delle altre regioni come è stato citato prima, abbiamo visto che le nostre performance non sono affatto male. Nonostante ciò però sono emersi tutta una serie di spunti di riflessione che abbiamo metabolizzato e abbiamo cercato anche di portare a frutto. Il terzo convegno era quello volto a dare spazio alla comunità, comunità che è molto importante e che sta facendo un percorso importante insieme a noi.

Io credo nelle parole del sindaco che ha parlato all'unisono del dialogo, della cooperazione. Io credo che il lavoro sinergico porti una serie di risultati e di questo ne sono assolutamente convinta. Vi faccio vedere questo stormo di uccelli perché credo che gestire la complessità sia veramente difficile per tutte le organizzazioni. L'organizzazione sanitaria è ovviamente molto complessa: ogni cambiamento richiede un governo, ogni piccolo cambiamento determina un adattamento del sistema. D'altra parte il sistema sanitario è un sistema complesso adattativo e il punto di arrivo di un modello organizzativo che noi possiamo mettere in atto, di un percorso che noi mettiamo in atto, è la partenza per un altro percorso, per un altro modello, perché noi non ci possiamo mai fermare.

Il fatto di lavorare sinergicamente anche con la comunità mi piace perché la comunità si deve autodeterminare. Ci sono molti aspetti, sulle patologie ad esempio quelle sulla prevenzione, si può fare molto se il cittadino si autodetermina, magari si cura già dall'inizio e non si arriva alla manifestazione della malattia. Credo che la quantità e la varietà delle relazioni che ci sono nelle nostre organizzazioni sono proprio quelle che riassumono la complessità.

### **Stato di avanzamento delle progettualità e modello di valutazione**

Per mostrarvi lo stato di avanzamento delle progettualità, io ho pensato di rappresentarlo con il modello del bersaglio perché le organizzazioni sanitarie vengono misurate dal bersaglio. Dai tre eventi precedenti abbiamo tratto spunto su una ventina di tematiche che sono tutte rappresentate. È chiaro che sono in piccolo e magari non le leggiamo tutte molto bene. Vedete che io le ho messe in senso orario, quindi le prime quattro sono legate al convegno di Feltre, le successive fino a circa metà sono legate al convegno di Pieve di Cadore e le ultime sono quelle legate al convegno di Agordo. Ovviamente a queste si aggiungeranno tutti gli spunti di riflessione e le aree di miglioramento che emergeranno nelle relazioni di oggi.

Vedete che le ho rappresentate con la valutazione dimensionale delle singole tematiche. Non siamo tutti verdi, ma era impossibile essere tutti verdi. È un anno che lavoriamo a una serie di aree di miglioramento, ci sta che abbiamo ancora tanti punti gialli. Perché? Perché noi siamo in work in progress e comunque anche il verde può diventare all'improvviso giallo se ci rendiamo conto che quel modello non è più funzionante e calzante per la nostra organizzazione e per i nostri cittadini.

### **Sviluppo delle zone disagiate e telemedicina**

Adesso vi parlo velocissimamente di alcuni temi che abbiamo più sviluppato e che ci sono stati anche molto a cuore. Ad esempio lo sviluppo delle zone disagiate era uno dei primissimi temi che sono stati trattati nel convegno di Feltre. Come vedete nella nostra cartina, la nostra provincia è colorata di giallo e di rosso. Questo significa che abbiamo riconosciuto effettivamente per la medicina generale, nell'accordo integrativo, il fatto che noi effettivamente lavoriamo in un territorio che ha zone disagiate e disagiatissime. Questo l'abbiamo fatto anche per trattenere i nostri professionisti e per magari incentivare l'arrivo dei nuovi medici di famiglia, però riconosciamo di fatto il disagio di lavorare in una zona orografica che è sicuramente più complessa rispetto alla grande città.

Il secondo tema che era uscito dal convegno di Feltre era la telemedicina. Come mi ha anticipato la dottoressa Cazzaro, noi saremo l'ULSS pilota, però partiamo già bene perché abbiamo veramente tantissime esperienze di telemedicina. Una delle esperienze ve la illustrerò subito dopo di me il dottor Conati. Abbiamo, proprio grazie alla collaborazione del dottor Conati, avvicinato le RSA, anche quelle più lontane nella provincia, alle nostre geriatrie e questo è veramente importante perché i pazienti anziché venire in pronto soccorso vengono curati e vengono monitorati nel proprio luogo di domicilio.

### **Formazione, attrazione del personale e collaborazioni universitarie**

Formazione e attrazione del personale: questo è chiaro che è un tema dolente. Come è stato detto, mancano i professionisti, mancano i medici, mancano gli infermieri. Forse tra un po' effettivamente quello che mancherà di più sono gli infermieri. Per i medici, secondo me sta iniziando il trend di inversione. Io vedo che ai concorsi di Azienda Zero cominciano a partecipare dei nuovi specialisti anche per la nostra azienda. Questo per me è importante perché vuol dire che piano piano arriveremo a coprire tutti i nostri posti vacanti. Ma nonostante ciò noi siamo bravissimi perché comunque eroghiamo tutte le prestazioni.

Devo anche ringraziare la collaborazione molto solida che c'è con le due università, in primis ovviamente quella di Padova con l'Azienda Ospedaliera di Padova e poi anche con quella di Verona che comunque ci manda gli specializzandi. Però volevo sottolineare la collaborazione con l'Azienda Ospedaliera di Padova perché ovviamente, grazie all'Azienda Ospedaliera di Padova, ad esempio abbiamo abbattuto tutte, la gran parte delle nostre liste di attesa e quindi siamo riusciti a dare una risposta ai nostri cittadini come è giusto che sia.

La partecipazione comunitaria è un altro tema che era venuto fuori a Feltre. La partecipazione comunitaria è importante: camminare in sinergia con le nostre comunità. Abbiamo fatto una serie di eventi che sono qui riportati e che sono stati aperti alle istituzioni e alla cittadinanza, tipo i "Mercoledì della Salute" che sono già iniziati a Feltre. Prossimamente inizieranno a Belluno i "Giovedì della Salute". E poi molto interessante, molto importante, al di là del "Verso l'Argento" che quindi ha coinvolto la popolazione ovviamente un po' più anziana, se così la possiamo definire, perché bisogna invecchiare bene e non si deve vivere da vecchi, e poi quella del "Comelico in Salute" che è stato secondo me molto importante. Abbiamo posto molto la base per poter lavorare con le singole comunità su tutta una serie di progettualità.

### **Reti tempo-dipendenti e servizi di emergenza**

Toccando velocissimamente Pieve di Cadore, sulla rete dell'emergenza è emerso il tema di potenziare i nostri mezzi di soccorso. Ovviamente le reti tempo-dipendenti sono di fondamentale importanza. Dalla cittadinanza magari qualche suggerimento ci è arrivato perché è chiaro che bisogna arrivare sul posto il più velocemente possibile in caso di infarto o in caso di ictus, perché la cura la fai a livello centrale e soprattutto durante il periodo estivo e invernale, quindi legato alla stagionalità turistica. Vedete che ormai è una realtà assodata quella del potenziamento sia dei mezzi su ruota sia del secondo elicottero. Addirittura sul secondo elicottero ormai abbiamo già organizzato la prossima estate, abbiamo organizzato già il prossimo inverno e quindi quella è una realtà ormai più che assodata, concordata ovviamente con il CREU e con la programmazione regionale.

L'altra cosa che abbiamo fatto è stato iniziare a censire tutti i defibrillatori sul nostro territorio. Devo ringraziare la Provincia che si è molto spesa per questa attività e anche i Lions. Grazie a questa iniziativa il nostro 118 sa dove sono i defibrillatori sul territorio e in caso di infarto già dice magari all'operatore laico: "Vai lì, c'è il defibrillatore, metti le piastre e se c'è effettivamente un arresto cardiaco inizia a defibrillare".

Sull'ictus non mi soffermo perché subito dopo di me c'è il dottor Ferracci che vi mostrerà quello che abbiamo fatto con Treviso. Era venuta fuori l'esigenza di avere dei percorsi molto più fluidi e molto più strutturati. Abbiamo scritto il PDTA che è stato condiviso con i professionisti dell'ospedale di Treviso. Per quanto riguarda la rete trauma la stessa cosa: noi cosa abbiamo fatto? Abbiamo fatto una serie di incontri con le associazioni di volontariato, abbiamo dato un feedback rispetto a come lavorano e rispetto ai loro percorsi e alle attività di emergenza che fanno per noi e poi abbiamo programmato una serie di attività e di corsi di formazione congiunta.

Infine la rete della neonatologia: anche su questo non dico niente perché c'è il dottor Trevisanutto che dopo ne parlerà molto approfonditamente, però so che la formazione sta andando molto bene e che i nostri professionisti sono molto contenti.

### **Promozione della salute e partecipazione attiva della comunità**

Infine Agordo, dove ancora siamo in work in progress, però cosa abbiamo fatto? Abbiamo cercato di promuovere la salute con una partecipazione comunitaria, con una partecipazione attiva. Avevamo qualche lamentela rispetto alle vaccinazioni anti-HPV: sono aperte, i cittadini si possono prenotare liberamente quando vogliono. Abbiamo tutta una serie di agende di disponibilità e quindi questo problema per noi è risolto perché le agende ci sono, sono aperte.

Sul melanoma ne parleranno dopo approfonditamente la professoressa Belloni e il dottor Longo, però noi come azienda abbiamo approvato un percorso diagnostico-terapeutico perché sappiamo che il melanoma è un problema per questa provincia avendo un'incidenza molto alta. Stiamo cercando di lavorare rispetto alla disassuefazione dal fumo e anche sulla parte alcolica. Abbiamo anche aperto i posti letto di alcolologia ad Auronzo e quindi speriamo che anche con questa nuova attività che abbiamo riportato possano trovare beneficio tutte le persone che hanno questo tipo di problemi.

L'altra cosa della partecipazione attiva è che stiamo cercando di far conoscere un po' di più i nostri servizi. Abbiamo già fatto tre incontri sul "Nascere nelle Dolomiti", il percorso salute mamma-bambino, uno a Cencinighe, uno a Cortina e uno a Santo Stefano, ma non credo che ci fermeremo qui, anzi.

## **Case di comunità, salute mentale e cure palliative**

"Insieme è meglio": case di comunità. Ne ha parlato il professor Dal Vecchio, l'ha accennato anche la dottoressa Cazzaro. Per noi le case di comunità ovviamente sono una sfida, una sfida che stiamo cercando di percorrere insieme, insieme anche a tutti gli stakeholder. Abbiamo iniziato tutti i contatti con gli ATS perché all'interno del punto unico di accesso, che per noi deve essere una nuova modalità per dare delle risposte ai bisogni dei cittadini, sentiamo la necessità di coinvolgere anche i nostri stakeholder che sono i comuni. E poi l'infermiera di famiglia è un altro percorso che abbiamo già attivato in alcune parti del territorio, che ovviamente poi dovrà essere protagonista all'interno della casa di comunità, ma ve ne parleranno più nel dettaglio la dottoressa Pagotto.

Poi la salute della mente. Non ci possiamo nascondere dietro un dito: su questi percorsi sicuramente abbiamo ancora molto da lavorare, non sono sempre percorsi semplici da percorrere e da intraprendere, però alcune cose, forse poche direte voi, ma a noi sembrano comunque importanti, abbiamo cercato di fare. Abbiamo aperto intanto a Feltre il CSM nelle 12 ore, è aperto già dal mese di settembre, questo dal lunedì al venerdì e il sabato dalle 8 alle 13, questo per dare un po' anche sfogo, non solo ai pazienti, ma anche ai familiari, di trovare un punto di riferimento quantomeno durante tutta la giornata. Poi abbiamo anche qui implementato alcuni strumenti digitali, perché sempre all'interno dell'incontro di Agordo era venuta fuori questa necessità. Però ripeto, sulla salute mentale so che dobbiamo ancora tanto lavorare, abbiamo ancora tanta strada da percorrere.

E infine le cure palliative: per noi sono un gioiellino. Io ringrazio il dottor Fornasieri e il dottor Zanne perché, e ovviamente tutti gli attori che ci ruotano attorno come le associazioni di volontariato, riusciamo a fare veramente tanti ottimi percorsi per i nostri pazienti, non solo oncologici, perché noi abbiamo anche tanti cronici seguiti da questi servizi. Vedete che abbiamo attivato una serie di servizi anche a domicilio dei pazienti, sia quelli che sono in cure palliative che in assistenza domiciliare, questo per quanto riguarda i farmaci, e poi abbiamo fatto la distribuzione a domicilio delle stomie. Ovviamente la formazione dell'équipe nei centri di costo c'è già stata, ma continua e quindi è una cosa sempre in essere. E poi abbiamo sette medici di famiglia che sono esperti in cure palliative certificati, perché hanno seguito un corso in collaborazione con l'azienda di Trento e quindi sono certificati per questa attività.

E per ultimo le cure palliative pediatriche. Abbiamo già erogato quattro edizioni del corso regionale, tutti i pediatri di libera scelta hanno partecipato, ne sono state già programmate altre quattro nel 2025 e più recentemente abbiamo individuato anche il case manager. Mi piace terminare di nuovo con lo stormo. Perché? Perché se lo stormo vola in maniera ordinata, vola in maniera sinergica, vola in maniera cooperativa, gli obiettivi si raggiungono più facilmente.

Credo che l'azienda sanitaria non possa lavorare da sola, assolutamente: la sinergia con tutti gli stakeholder è necessaria e indispensabile. Grazie anche a questi eventi che noi abbiamo fatto in questo lungo anno, ma che sono stati faticosi per noi, ma molto importanti, perché come ho detto all'inizio, ci hanno consentito di individuare tutta una serie di percorsi diversi che, ripeto, non è sempre facile mettere in piedi, perché le persone rispondono "ma ne abbiamo sempre fatto così, perché dobbiamo cambiare?". Ma dobbiamo cambiare per migliorare. Quindi credo che se tutti insieme ci comportiamo come uno stormo che va all'unisono, credo che vinciamo tutti insieme ed è con questo che io vi dico grazie per il lavoro fatto da tutti e che continueremo a fare insieme.

## Vincenzo Marcotrigiano

### Dalla rete dei rifugi sani e sicuri al riferimento per la promozione della salute in quota,

Ringrazio il direttore per l'opportunità di trattare una tematica riferita alle strutture ubicate in quota che caratterizzano questo territorio. Questa progettualità presenta tre macro-obiettivi. Il primo obiettivo è rappresentato dal miglioramento della qualità igienico-sanitaria di queste strutture, tenendo conto di una serie di aspetti strutturali, impiantistici e gestionali.

#### **Obiettivi del progetto e normativa di riferimento**

Il secondo obiettivo riguarda il potenziamento della sicurezza sanitaria di questi rifugi attraverso l'acquisizione di competenze specifiche mediante una formazione mirata e l'acquisizione di strumentazione specifica. Il terzo obiettivo consiste nell'iniziativa di promozione della salute, dal momento che si tratta implicitamente di un setting che si presta a promuovere salute, in particolare tutti gli aspetti aderenti all'attività motoria, considerato il fatto che per raggiungere queste strutture è necessario compiere almeno un'escursione.

Tra i prerequisiti per l'esercizio dell'attività dobbiamo considerare il fatto che esiste in Regione Veneto una DGR del 2019 che legifera su questo aspetto e che disciplina tutti gli aspetti strutturali e gestionali specifici di queste strutture per poter operare. In particolare, parliamo di rifugi alpini. Inoltre, si applica il pacchetto igiene e in particolare il Regolamento 852 del 2004 sulla sicurezza in materia alimentare e il decreto legislativo 81 del 2008 in materia di sicurezza dei lavoratori, specialmente per quanto riguarda la formazione e la nomina di due figure, vale a dire gli addetti al primo soccorso e gli addetti alla lotta antincendio.

#### **Requisiti aggiuntivi per la certificazione**

Se quelli erano i prerequisiti per l'esercizio dell'attività, quindi aspetti inderogabili per poter operare, abbiamo successivamente pensato a una serie di requisiti aggiuntivi, in particolare otto requisiti, di cui cinque devono essere posseduti dalle strutture e verificati nel corso di un sopralluogo preventivo.

Precisamente: il possesso di un defibrillatore semiautomatico che, se non già posseduto dalla struttura, può essere fornito in comodato d'uso da parte del nostro SUEM 118; la formazione BLS/D per il personale operante presso i rifugi; la disponibilità di uno sfigmomanometro per la misurazione della pressione arteriosa in quota; in aderenza al regolamento 1169 del 2011, come già avviene comunemente in tutte le strutture turistico-ricettive di ristorazione pubblica e di ristorazione collettiva, la predisposizione di menu con l'indicazione delle sostanze alimentari che sono in grado di determinare allergie e intolleranze; la garanzia di disponibilità di pasti naturalmente privi di glutine o specificamente formulati per i soggetti affetti da celiachia; un approvvigionamento idrico controllato.

#### **Criticità dell'approvvigionamento idrico**

Quest'ultimo aspetto è stata la criticità maggiore che finora abbiamo riscontrato in queste tipologie di strutture, poiché, come possiamo immaginare, non si tratta di strutture che beneficiano di un approvvigionamento idrico pubblico. Considerando il fatto che avviene un attingimento di acqua da sorgente o acqua meteorica che viene convogliata all'interno di serbatoi di accumulo, bisogna prestare attenzione ad alcune non conformità microbiologiche che abbiamo rilevato preventivamente e per le quali è stato necessario impartire delle prescrizioni, facendo in modo che l'operatore del settore alimentare mettesse in atto delle azioni correttive.

Sempre a proposito di acqua, è prevista una procedura che contempli il flussaggio di acqua corrente per la prevenzione, lotta e contrasto alla legionellosi. Infine, è richiesta la disponibilità

di creme solari ad alto fattore protettivo che possono essere commercializzate in queste strutture. Per realizzare ciò, abbiamo creato una partnership con una serie di aziende del territorio per fornire ai rifugi delle creme solari a prezzi calmierati.

### **Procedura di adesione e riconoscimento**

L'adesione e il coinvolgimento sono di fatto volontari: il proprietario del rifugio o il gestore del rifugio presenta una specifica istanza all'ULSS. Questa istanza viene valutata da un team di professioni sanitarie e non, tenendo conto di due istruzioni operative che abbiamo specificamente strutturato: una è generica, l'altra invece, come avrete capito, riguarda l'aspetto relativo all'approvvigionamento idrico e quindi all'acqua destinata al consumo umano, che è meritevole di particolare attenzione.

In presenza di tutti i prerequisiti e di almeno 5 di quegli 8 requisiti aggiuntivi, viene valutato anche il rapporto di prova analitico riferito all'acqua utilizzata nella struttura. Questo rapporto di prova deve essere emesso da un laboratorio accreditato sia per la componente parametri batteriologici che per i parametri chimici. Il rifugio, in quel caso, viene riconosciuto come sano e sicuro.

### **Risultati raggiunti e prospettive future**

Siamo stati abituati nell'ultimo periodo a vedere queste targhe. Questa targa fa riferimento oggi a una rete regionale dei rifugi sani e sicuri, poiché il progetto nasce dall'ULSS 1 Dolomiti ma è stato esteso a tutte le ULSS della regione Veneto, quindi a tutte le province.

Attualmente, su poco più di 100 rifugi presenti nella provincia di Belluno, sono state rilasciate 42 targhe di riconoscimento in tre momenti distinti: a giugno 2024 eravamo al rifugio Auronzo, a luglio dello scorso anno al Col dei Baldi e a gennaio 2025, per quanto riguarda i rifugi invernali, eravamo al rifugio Laresèi dove abbiamo consegnato le ultime targhe.

Come dicevamo, si tratta implicitamente di setting che promuovono salute, in particolare tenendo in considerazione tre diversi scenari: il primo è una partnership con l'Istituto Auxologico di Milano e la Bicocca per gli aspetti relativi alla misurazione della pressione arteriosa in quota e a uno studio multicentrico specifico per questa tipologia di strutture. Inoltre, il progetto "Montagna Sicura" in collaborazione con il Soccorso Alpino e Speleologico. Vengono inoltre attuate delle azioni di sensibilizzazione e di prevenzione del melanoma sia nei rifugi stessi che attraverso degli stand dedicati nel corso dei test event preolimpici che ci vedono impegnati da gennaio di quest'anno fino a febbraio 2026, quindi fino all'inizio della stagione olimpica invernale di Milano-Cortina.

Un ultimo aspetto è quello relativo all'attività scientifica, poiché in realtà la tematica di cui stiamo trattando è stata oggetto di due lavori recentemente pubblicati su letteratura nazionale e letteratura biomedica internazionale, tenendo conto di alcuni aspetti e principi di public health secondo cui le best practices devono essere descritte e divulgate per fare in modo che possano essere adottate anche in setting analoghi in cui potrebbe essere opportuno adottare un modello simile a quello che abbiamo descritto e posto in essere.

### **Moderatore**

Ringrazio il dottor Marcotrigiano. Penso che abbia sottolineato bene quanto le sinergie - non solo sinergie di tipo operativo, cioè sinergie nell'agire insieme, ma anche sinergie culturali - rappresentino un aspetto fondamentale. Fare un percorso insieme a coloro che gestiscono strutture fisiche e organizzative di questo genere permette di condividere pensieri e azioni che abbiano poi una ricaduta importante dal punto di vista della prevenzione.

Grazie mille. A proposito di prevenzione, collego l'argomento successivo che riguarda la prevenzione e la presa in carico del melanoma in una provincia ad alto rischio. Per questo argomento do la parola alla professoressa Anna Belloni Fortina, che è professore ordinario del Dipartimento di Salute della Donna e del Bambino dell'Università di Padova, insieme al dottor Longo, che è il nostro responsabile del Day Service dell'azienda che si occupa della specialistica, i quali su questo tema hanno condiviso contenuti e percorsi nell'attuazione di iniziative molto importanti per il nostro territorio.

## **Anna Belloni Fortina**

### **Dalla prevenzione alla presa in carico del melanoma in una provincia ad alto rischio**

Faremo una relazione a quattro mani. Inizio io con questa parte introduttiva sulla prevenzione primaria e secondaria, parlando appunto di melanoma. Innanzitutto ringrazio per questo invito: sono veramente felice di essere in questo posto, in questo teatro che non avevo mai visto, e mi fa molto piacere vedere anche Belluno.

Parlando di melanoma, il melanoma in questa provincia, cioè nella provincia di Belluno, purtroppo detiene dei record negativi, ed ecco perché è importante parlare di melanoma. E parlando di melanoma non possiamo non parlare di sole, perché la causa principale esterna, oltre alla genetica e alla predisposizione personale allo sviluppo di melanoma, è rappresentata dall'azione del sole.

Il sole ha degli effetti positivi - non è assolutamente da considerarsi un fattore negativo: aumenta il tono dell'umore, aumenta la sintesi della vitamina D (fondamentale), aumenta le difese immunitarie, regola il ritmo circadiano grazie alla serotonina, riduce la pressione arteriosa grazie all'azione dell'ossido nitrico ed è di fatto una terapia per alcune malattie cutanee, in particolare le malattie infiammatorie croniche come l'eczema e la psoriasi. Tuttavia, naturalmente ha come rovescio della medaglia quello di determinare un aumento del rischio di tumori.

L'azione del sole è sostanzialmente determinata dagli UVA e dagli UVB. Vado velocemente: sono gli unici raggi che arrivano sulla superficie terrestre. In particolare, gli UVB arrivano nella parte più superficiale, cioè nelle cellule epiteliali (i cheratinociti) e nei melanociti, e determinano in queste cellule alterazioni del DNA, formando sostanzialmente dei dimeri che piano piano trasformano la cellula stessa e quindi determinano la formazione di una cellula neoplastica.

Per quanto riguarda i tumori cutanei che si sviluppano, abbiamo: i carcinomi determinati dalla modificazione delle cellule epiteliali (i cheratinociti) - carcinoma basocellulare e spinocellulare; il melanoma, che è determinato dalla trasformazione del melanocita; e il tumore di Merkel.

Per creare una comprensione dell'ambito del problema: i tumori non-melanoma non sono censiti in maniera sistematica - non esiste un registro, per cui non sappiamo di preciso quanti sono. Di fatto sono tumori maligni dal punto di vista istologico ma "benigni" per quanto riguarda il comportamento (salvo nei pazienti immunodepressi) e sono tantissimi, naturalmente, perché sono determinati dall'esposizione al sole.

Per quanto riguarda il melanoma, noi abbiamo un registro - un registro veneto estremamente efficiente - che ci ha fornito una serie di dati. Come vedete, il melanoma ha avuto un incremento notevole, dal 2% al 5% dal 1990 al 2020: di fatto è un tumore in crescita. Ma quello che vi mostro nel grafico sulla destra indica che le colonne non rappresentano la quantità di melanomi ma la posizione nella classifica dei tumori in generale nella regione Veneto. Come vedete, se il melanoma era al sedicesimo posto nei maschi e al quattordicesimo posto nelle femmine nel

1990, nel 2020 è al terzo posto nelle femmine e al secondo posto nei maschi. Quindi di fatto è un problema, e questo problema è ancora più importante proprio in questa provincia, cioè nella provincia di Belluno.

### **Fattori di rischio e caratteristiche della popolazione bellunese**

Quali sono i fattori di rischio per lo sviluppo di melanoma? Come dicevo prima, la genetica: essere predisposti per questioni familiari. Ci sono soggetti che hanno una familiarità per melanoma - non tutti naturalmente, però nella grande maggioranza c'è una predisposizione e anche una suscettibilità che dipende dalle caratteristiche del soggetto. Poi c'è l'esposizione al sole, in particolare UVA e UVB, per effetto cumulativo naturalmente: quindi più sole si prende, più scottature si subiscono, cioè più il sole viene assorbito in maniera importante, più si hanno naturalmente rischi di sviluppare un melanoma.

Per quanto riguarda la provincia di Belluno, si è visto che il primato ce l'ha la regione testa-collo, quindi quelle zone che sono più esposte anche quando si va in montagna, soprattutto quando si va in montagna a camminare senza indumenti che possano proteggere.

Altri fattori di rischio sono: avere tanti nei (più di 20 dopo gli 8 anni di vita); avere la pelle molto chiara, cioè fototipo 1-2, perché sono pelli che si fotoprotettono molto meno naturalmente, poiché hanno una melanina scarsa e quindi un maggiore rischio; i soggetti che sono alterati dal punto di vista immunologico perché fanno terapie immunosoppressive o perché sono, per esempio, trapiantati d'organo, possono avere una maggiore suscettibilità allo sviluppo di melanoma.

Per quanto riguarda i fototipi, giusto per dare un inquadramento generale: i fototipi vanno da 1 a 6. Nella nostra regione è difficile arrivare al fototipo 4, in particolare nella provincia di Belluno è difficile arrivare al fototipo 3 - cioè prevalentemente sono fototipo 1 e 2: soggetti con capelli chiari, occhi chiari, pelle molto chiara, capelli biondi o rossi. Sono sostanzialmente quelli che sono più a rischio perché hanno poca possibilità di fotoprotettersi.

### **Esposizione solare e prevenzione primaria**

Però, al di là delle caratteristiche del singolo (il fototipo), ci sono dei fattori che comunque influenzano l'esposizione al sole. In particolare, naturalmente, più le radiazioni sono perpendicolari, più si rischia di avere una scottatura o comunque di avere un danno solare. Quando sono perpendicolari? Naturalmente dalle 10 alle 14, anche se in realtà da noi è più dalle 11 alle 15-16.

Non solo: attraverso le nuvole passa il 90% delle radiazioni solari, e in montagna naturalmente, oltre al sole che si prende direttamente, si prende anche per riflessione dalla neve - c'è una riflessione dell'80%, mentre la sabbia riflette ma non tanto quanto la neve. Quindi bisogna tenere conto che in montagna ci si avvicina anche di più al sole, quindi nelle ore centrali si è ancora più esposti perché le radiazioni arrivano prima. Questi sono tutti dati estremamente importanti da ricordare, proprio perché, indipendentemente dal fototipo, anche quelli un po' più scuri rischiano di scottarsi, e la scottatura di fatto è uno dei fattori di rischio - non è il primo, ma è sicuramente il secondo.

Quindi le buone regole sono quelle di esporre con attenzione: i bambini non dovrebbero esporsi nel primo anno perché i melanociti non sono ancora maturi, quindi non hanno una buona fotoprotezione e quindi vanno tenuti il più possibile non fotoesposti, ovviamente nelle ore più calde. Poi l'esposizione nelle ore più calde, cioè nelle ore centrali della giornata, andrebbe evitata il più possibile. Altrimenti, se non si può fare diversamente, utilizzare degli schermi sia fisici (che sono gli indumenti, cappello, magliette e così via) che chimici (intendiamo le sostanze

che vengono applicate: creme, lozioni, spray, tutto quello che volete) che abbiano un fattore di protezione superiore a 30.

Ovviamente bisogna considerare l'esposizione in montagna, perché nell'immaginario collettivo l'esposizione è solo quella marina: in montagna si prende il sole e ovviamente anche all'ombra, perché anche all'ombra comunque c'è una riflessione.

Per quanto riguarda l'SPF (Sun Protection Factor), questo acronimo è fondamentalmente un moltiplicatore della quantità di minuti che noi possiamo stare al sole con quella crema. Per esempio, SPF 50: se noi ci scottiamo dopo un minuto di esposizione al sole, con una crema applicata nei modi giusti, noi possiamo stare 50 minuti. Se è un SPF 30, vuol dire che possiamo stare 30 minuti. Ovviamente bisognerebbe sempre sapere quanto tempo ci si mette a scottarsi naturalmente e poi applicare nella maniera giusta. Tenete presente che la maniera giusta sono due milligrammi per ogni centimetro quadrato di pelle. Vuol dire che, se un tubo è da 50 ml e noi siamo circa due metri quadrati di pelle da spalmare, è evidente che la quantità di crema che noi dovremmo mettere è molto, molto superiore a quella che in realtà viene messa, perché credo che ognuno di noi non utilizzi più di un tubo durante l'estate.

### **Prevenzione secondaria e nuove tecnologie**

Fatta questa premessa sulla prevenzione primaria, c'è anche la prevenzione secondaria, che è quella che viene successivamente: fatti i danni dell'esposizione, noi andiamo a valutare, cerchiamo di evitare o comunque di intercettare il prima possibile il melanoma. Il melanoma naturalmente è simile a qualsiasi neo che noi abbiamo sulla pelle, e quindi ci sono delle regole che normalmente vengono adottate proprio dai medici, dai dermatologi, per la caratterizzazione di queste lesioni. Non solo, ma sono regole che si cerca di trasmettere anche al paziente proprio perché sappia guardarsi, quindi fare un autocontrollo delle proprie lesioni.

Queste regole fanno parte di quella formazione necessaria, soprattutto per quanto riguarda la prevenzione secondaria. È importantissima la visita - adesso ne parlerà anche il dottor Longo - importantissime le valutazioni, quindi tutto il percorso dei soggetti che hanno un sospetto di melanoma. Però la cosa più importante è proprio cercare di formare il più possibile, secondo me il futuro è anche quello: cercare di formare in modo tale che si possa arrivare a una corretta presa in carico dei pazienti.

Ci viene in aiuto la telemedicina? La telemedicina per quanto riguarda la valutazione dei melanomi ancora non è proprio nelle condizioni ottimali. Forse nelle condizioni di controllo, quindi le visite successive, se ci sono delle lesioni particolarmente a rischio, la telemedicina potrebbe venire incontro.

Per quanto riguarda l'intelligenza artificiale, anche lì ovviamente è ancora molto oggetto di studio e, se devo dire la verità, è oggetto di dibattito acceso. Proprio in questi giorni sono usciti articoli su JAMA, che per noi è un po' la Bibbia della dermatologia, da parte di grossi esponenti - il 26 marzo, quindi proprio l'altro ieri - sostanzialmente sull'utilità dell'intelligenza artificiale.

Sicuramente è il nostro futuro, non sarà il futuro completo. Quello che, visto che siamo a Belluno e siamo in una provincia particolarmente a rischio, è interessante è appunto la tecnologia di screening, cioè cercare di prendere, guardare - non per la diagnosi, perché l'intelligenza artificiale per la diagnosi ancora è un po' lontana, però per la valutazione dei pazienti, accelerando l'inclusione o l'esclusione nel percorso successivo. Questa potrebbe essere effettivamente logica, soprattutto per una popolazione particolarmente a rischio, non per la popolazione generale in questo momento, perché ancora non c'è una completa possibilità di fare diagnosi. Non sarà mai probabilmente possibile da parte delle macchine, della macchina in

autonomia, fare diagnosi totalmente, però almeno per guidare, per screenare un po' di più, sicuramente nel futuro sarà probabilmente possibile.

### **Formazione e presa in carico del paziente**

Proprio seguendo questo percorso, ci siamo attrezzati con la regione e anche ovviamente con la provincia, con Belluno, per fare proprio un percorso di formazione sugli operatori, per cercare di allargare il più possibile le conoscenze e cercare di veicolarle meglio, proprio per poi ritornare a una più corretta presa in carico del paziente.

E quindi lascio la parola al dottor Longo per il piano di gestione del paziente, una volta fatta la diagnosi.

### **Giacomo Longo**

Buongiorno a tutti, grazie alla professoressa Belloni, perché mi dà la possibilità di rendere ancora più importante questo percorso che è stato realizzato dalla nostra azienda, voluto dalla nostra azienda proprio in un territorio dove, come avete visto, la prevalenza di questo tipo di tumore cutaneo è molto significativa. Un percorso che si articola in vari step ovviamente e che vede coinvolti una serie di professionisti: dai medici di medicina primaria a tutti gli specialisti sia strutturati che ambulatoriali interni, consulenti, dermatologi, patologi, oncologi, chirurghi, tutti quelli che ruotano intorno a un percorso per il quale il paziente, come vedremo poi, rimane al centro di questo importante percorso.

Un progetto che si è voluto strutturare in modo tale da creare un percorso ottimale per il paziente seguendolo dalla fase iniziale, cioè la fase di prevenzione, come avete visto l'azienda si è impegnata molto anche in questo settore, ma poi accompagnare il paziente stesso nel momento in cui fa il primo accesso.

#### **Il Primo Accesso e la Valutazione Iniziale**

Di solito l'accesso avviene a livello del medico di medicina primaria, quando il paziente si presenta con una lesione cutanea che, come ha illustrato prima la professoressa, ha notato in autoanalisi, oppure durante una visita per un altro motivo. Il paziente viene poi indirizzato dal medico di medicina generale verso un percorso che ha lo scopo di definire la sua lesione come più o meno sospetta per melanoma.

Il paziente si rivolge quindi al suo medico di medicina primaria per richiedere o per far valutare una nuova formazione che a occhio magari ha visto crescere, ha visto cambiare colore, ha visto modificarsi oppure non c'era prima rispetto a quando l'ha individuata. Il medico di medicina generale, dopo aver fatto una prima valutazione, invia il paziente a visita specialistica dermatologica con diagnostica dermoscopia, a seconda della priorità clinica che ritiene opportuna, prescrivendo un'impegnativa che permette al paziente di prenotarsi in autonomia.

#### **Il Ruolo dello Specialista Dermatologo**

Qui arriva il ruolo fondamentale dello specialista, il dermatologo che è in grado, attraverso la sua valutazione, di distinguere tra una lesione sospetta e una lesione non sospetta. Nel caso in cui l'evidenza sia di una lesione non sospetta, il referto dello specialista fa ritornare il paziente al medico di medicina generale e il percorso si chiude. Eventualmente, se le condizioni anamnestiche evidenziano, come diceva prima la professoressa, una familiarità, il paziente può essere seguito all'interno di un follow-up a lungo termine che il dermatologo stesso si preoccuperà di mantenere.

Nel caso in cui la lesione sia sospetta, allora il dermatologo prescrive una biopsia chirurgica presso uno degli ambulatori aziendali o, se le dimensioni di questa lesione sono piccole, può

anche autonomamente effettuare una biopsia e programmare nella stessa sede l'intervento su questa lesione sospetta.

È questo il momento della vera presa in carico del paziente: da questo momento in poi il paziente, che si è rivolto inizialmente tramite il medico di medicina generale ma poi allo specialista, e lo specialista ritiene che ci sia un prosieguo nel suo percorso di cura, viene preso in carico e il paziente non ha più bisogno di recarsi dal medico di base per continuare il suo iter diagnostico e eventualmente anche terapeutico.

### **L'Analisi Istologica e la Stadiazione**

Ovviamente la lesione viene asportata e viene inviata al patologo, un'altra figura davvero importante perché è lui che alla fine fa la definizione istologica di questa lesione e determina se la lesione è maligna. Potrebbe essere un melanoma come un non-melanoma, ma magari una lesione neoplastica ovviamente non con caratteristiche da melanoma, oppure fa diagnosi di melanoma. Questo è un momento importante perché l'analisi istologica è in grado di fare diagnosi di melanoma e di stadiazione ovviamente, con alcuni criteri caratteristici come il TNM, lo stadio di questa malattia che determina poi tutto il prosieguo del trattamento.

Il patologo in questo percorso invia il referto e comunica il referto all'équipe chirurgica o ai professionisti che hanno preso in carico il paziente. Lo specialista che ha preso in carico il paziente si preoccupa poi di convocare il paziente per decidere insieme a lui, comunicando intanto l'esito dell'esame istologico e stabilendo poi il prosieguo del trattamento.

### **Il Trattamento Multidisciplinare e il Follow-up**

Anche qui, nella normale presa in carico, vengono prescritti eventualmente, a seconda dello stadio del melanoma, accertamenti di stadiazione successivi. Viene indirizzato il paziente verso eventuali terapie più avanzate, che possono essere l'allargamento dei margini di resezione rispetto alla ricerca di un linfonodo sentinella, con un approccio un po' più complesso in cui il paziente viene sottoposto a una linfoscintigrafia e poi all'asportazione del linfonodo sentinella, che è la prima stazione linfonodale che drena quella zona cutanea. Viene programmato un intervento chirurgico successivo con eventuale allargamento e dissezione, oppure l'allargamento viene fatto prima.

Ovviamente tutto questo percorso viene seguito nel tempo in un processo di follow-up. I casi complessi, i casi di melanomi con stadio più avanzato, vengono discussi da un gruppo multidisciplinare, formato da dermatologi, chirurghi, oncologi, radiologi, radioterapisti, perché ovviamente la strategia terapeutica migliore è data da una multidisciplinarietà che segue le linee guida internazionali e nazionali in percorsi ormai con evidenze scientifiche consolidate. Quindi la discussione di questo gruppo di lavoro porterà a una strategia terapeutica condivisa con indicazioni precise sulla scelta della terapia, che può essere chirurgica oppure radioterapica oppure chemioterapica, a seconda dello stadio di questa patologia.

Può essere una terapia di tipo neoadiuvante che precede una terapia successiva chirurgica, fino alla radioterapia adiuvante o palliativa. Tutto questo inserito sempre all'interno di un follow-up che completa la presa in carico del paziente: follow-up che può essere, per gli stadi minori di questa neoplasia, un follow-up dermatologico di visita dermatologica come dicevo prima, oppure un follow-up oncologico in cui l'oncologo si prende in carico il paziente e quindi lo seguirà nel tempo.

Un percorso, come dicevo, per noi come azienda importante, realizzato da un gruppo di lavoro veramente multidisciplinare che ha contribuito alla realizzazione di questo percorso che vede al centro il paziente. Il paziente è considerato come la persona attorno alla quale, tramite il primo accesso dal medico generale, ruotano tutti i professionisti: il dermatologo, che è quello che fa la

diagnosi ed è un po' il cardine in quanto fa la valutazione dell'organo sospetto; il chirurgo, inteso anche come chirurgo specialista se per esempio può interessare il distretto testa-collo; il chirurgo per l'analisi patologica definitiva; il radiologo che affianca il paziente veramente in maniera successiva anche dal punto di vista diagnostico, che a volte contribuisce soprattutto nelle fasi più avanzate.

Un gruppo di specialisti che tutti insieme, con una visione multidisciplinare, ha lo scopo di condividere una terapia, un trattamento, un follow-up insieme al paziente a 360 gradi. Un paziente che ovviamente ha delle necessità e deve per forza essere preso in carico in maniera globale dalla struttura. La nostra azienda è in grado di garantire un risultato finale ottimale, ottimizzando questo percorso attraverso l'offerta assistenziale che si articola su più presidi ospedalieri, sia a livello diagnostico che a livello terapeutico.

## Franco Ferracci

### Dai sintomi alla cura: le strategie attuate per la gestione dell'ictus

Buongiorno a tutti. In quest'ultima giornata dedicata alle soluzioni innovative per la sanità della provincia interamente montana di Belluno, spetta a me parlare delle strategie che abbiamo attuato per la gestione dell'ictus cerebrale e segnatamente dell'ictus cerebrale ischemico. Andiamo con ordine.

Il protagonista della storia è l'ictus, se usiamo la parola latina, l'apoplessia, se preferiamo il greco, lo stroke, come tutti ormai lo chiamano. Tutti vogliono dire la stessa cosa, vogliono dire colpo, un termine però che suggerisco di non utilizzare perché è troppo colloquiale. Si tratta di una malattia che fino alla fine degli anni '90 era un vero e proprio mostro, come Darth Vader, qui raffigurato, e di fronte alla quale non dico che il neurologo si inchinasse, come nella figura, ma sicuramente aveva sviluppato un atteggiamento fatalista, come spesso succede quando non si hanno strumenti per cambiare le cose, e le armi con cui lo combatteva erano veramente spuntate.

Non è più così. L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce l'ictus come la comparsa di segni o di sintomi riferibili a una disfunzione focale o globale, se c'è coma, dell'encefalo, che dura più di 24 ore e che non è attribuibile a nient'altro se non a una disfunzione dei vasi sanguigni cerebrali. In 8 casi su 10 è ischemico, cioè dovuto a un ipoflusso di sangue in una determinata zona del cervello. In 2 casi su 10 è emorragico, dovuto alla rottura di un vaso sanguigno e allo stravasamento di sangue conseguente.

Questa è la classica immagine radiologica che raffigura l'ictus ischemico e l'ictus emorragico. Nell'immagine a sinistra le frecce indicano una zona nera o comunque molto più scura delle aree circostanti, che rappresenta il tessuto necrotico di un vasto infarto cerebrale sinistro. In TAC la sinistra si vede a destra e viceversa. Nell'immagine di destra le frecce indicano invece un grumo che è sangue, il sangue in TAC si vede bianco, dovuto allo stravasamento di sangue all'interno del lobo temporale di sinistra.

Per darvi un'idea dell'ordine di grandezza di questo problema, vi dirò che l'ictus è la prima causa di disabilità nell'adulto, è la seconda causa di demenza, è la terza causa di morte nei paesi industrializzati dopo le neoplasie e le cardiopatie. Se prendiamo il mondo nel suo insieme, dove si muore meno di tumore, diventa la seconda causa di morte. Sempre fino alla fine degli anni '90, la mortalità a 12 mesi per l'ictus oscillava dall'11 al 60% a seconda della gravità dell'episodio iniziale e la dipendenza fisica dei soggetti colpiti a 12 mesi era del 30-40%, quindi rappresentava,

come diremmo adesso, un burden importante per il paziente innanzitutto, i suoi familiari, ma anche per la collettività.

### **Il Team Multidisciplinare e l'Organizzazione delle Forze**

Quindi l'ictus è il nemico da battere, se mi permettete di usare questo termine un po' militare, e queste sono le forze in campo. Innanzitutto i medici di assistenza primaria che conoscono il paziente, o dovrebbero conoscerlo, i suoi problemi che possono essere riconosciuti, valutati dal paziente o dai suoi familiari quando l'ictus sopraggiunge. Metto in prima linea naturalmente il pronto soccorso provinciali di Belluno, Feltre, Agordo e Pieve di Cadore che svolgono un ruolo fondamentale che poi descriveremo, le neurologie di Belluno e di Feltre dotate di unità ictus stroke unit che sono dei settori dedicati all'interno dell'unità operativa dove il paziente viene monitorato in modo semi-intensivo e assistito dal personale infermieristico opportunamente addestrato, le radiologie di Belluno, Feltre, Agordo e Pieve di Cadore fondamentali nella fase diagnostica, i neuroradiologi interventisti di Belluno e di Treviso che sono importantissimi per una procedura che si chiama trombectomia meccanica che poi vedremo in dettaglio.

Dovrei aggiungere a questa lista i cardiologi con cui il neurologo ormai ha rapporti strettissimi, se pensate che oltre il 50% dell'ictus ischemico è provocato da cardiopatia ritmica come la fibrillazione atriale, e poi i chirurghi vascolari il cui intervento è fondamentale nel disinnescare delle vere e proprie bombe a tempo rappresentate da arterie semi-occluse da placche arteriosclerotiche. Si tratta quindi di una grande coalizione, come dicono in Germania, un gruppo variopinto, ma io preferisco chiamarlo gruppo interforze di intervento rapido.

### **Il Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale**

Queste sono le nostre regole di ingaggio. A sinistra vedete il PDTA, percorso diagnostico-terapeutico assistenziale precedente, che descrive chi fa cosa in ogni momento del percorso di assistenza al paziente con ictus. A destra la nuova versione aggiornata, appena licenziata, è frutto del lavoro integrato di medici di Feltre, di Belluno e di Treviso e per il quale un ringraziamento particolare deve andare alla dottoressa Barbarino, responsabile del SUEM.

Dovendo riassumere brevemente cosa vi è contenuto, diciamo che si possono distinguere tre fasi. La fase 1, quella del primo soccorso. Ai primi sintomi di paralisi di un lato del corpo, del viso o di un disturbo della parola, deve partire un percorso di soccorso che viene portato avanti dai medici del SUEM e dai pronto soccorso provinciali. Sia che il paziente venga assistito a casa, sia che venga ricevuto in ospedale, è fondamentale che del paziente venga raccolta la storia clinica, la storia farmacologica e soprattutto andrebbe scolpito nella pietra l'orario di esordio dei sintomi, che è fondamentale per ogni procedura successiva. Una volta che l'ictus è stato riconosciuto, viene attivato il codice ictus. Il paziente deve essere centralizzato il più velocemente possibile presso gli ospedali di Belluno e Feltre, dotati di stroke unit.

La fase 2 è quella della diagnosi. Si allertano i radiologi, i neurologi, il paziente viene sottoposto a una TAC cerebrale che permette subito di vedere se si tratta di un ictus ischemico o di un ictus emorragico, all'angioTAC dei vasi che portano sangue al cervello ed extracranici per vedere ad esempio se vi è l'occlusione di un grosso vaso intracranico, a una TAC perfusionale che serve a vedere se all'interno di un'area ischemica vi è ancora del tessuto cerebrale potenzialmente salvabile. Tutti questi esami vengono refertati certamente da un medico radiologo, ma anche con il supporto informatico dell'intelligenza artificiale abbinata alla TAC, un supporto che l'ULSS1 di Belluno ha acquisito tra le prime nel Veneto. Prima c'era solo l'ULSS Pedemontana che lo aveva. Tutti questi dati serviranno poi al neurologo per prendere una decisione sulle procedure terapeutiche più idonee in quel determinato paziente.

Questa è un'immagine elaborata dall'intelligenza artificiale: a sinistra vedete l'area fucsia che rappresenta il tessuto ischemico che, diciamo così, è andato perduto ormai, ma fortunatamente a destra vediamo un'area ischemica in verde, molto più estesa dell'area fucsia, che rappresenta il tessuto cerebrale salvabile. Questa immagine viene definita mismatch volumetrico e dice al neurologo che deve attivarsi per effettuare delle procedure di rivascolarizzazione in quel paziente.

### **Le Procedure Terapeutiche: Trombolisi e Trombectomia**

E infatti veniamo alla fase 3, quella della terapia. Le terapie in fase acuta sono fondamentalmente due nell'ictus ischemico: la trombolisi endovenosa sistemica se l'esordio dei sintomi è avvenuto entro quattro ore e mezza dal momento della valutazione e la trombectomia meccanica in caso di occlusione di un grosso vaso intracranico. La procedura può seguire la trombolisi oppure anche no. Ad esempio un paziente che arriva dopo sei ore dall'esordio dei sintomi non può essere trombolizzato, ha un'occlusione intracranica, può essere sottoposto alla trombectomia e questa procedura può essere eseguita a Belluno oppure a Treviso.

Qui vediamo la differenza fra le due procedure: in alto il farmaco che viene iniettato per la trombolisi endovenosa sistemica, è un farmaco che viene somministrato in base al peso corporeo, 0,9 milligrammi per chilo, il 10% in un bolo di un minuto e il restante in una fleboclisi che dura un'ora. Quindi il tempo di esecuzione è standard, è un'ora, si tratta di una fleboclisi che dura un'ora. Nella figura in basso invece vedete un dispositivo per trombectomia, la retina che ingloba il trombo e poi lo porta via. In realtà a Belluno utilizziamo un sistema ad aspirazione a vuoto, ma questa immagine mi sembrava più suggestiva.

Quanto dura una procedura di trombectomia? Dipende dalla difficoltà, dalla complessità anatomica dei vasi sanguigni del paziente, dalle sue condizioni generali e anche dall'abilità dell'operatore ovviamente. Questa immagine mi è stata gentilmente concessa dal dottor Ballestrero della radiologia di Belluno. Vedete a sinistra l'arteria carotide interna che sale all'interno della scatola cranica e poi il flusso sanguigno si interrompe. Non ci sono vasi sanguigni a valle dell'ostruzione che riguarda l'arteria cerebrale media. Tolto il tappo, fatta la trombectomia, ecco che a destra l'albero circolatorio riappare. Quindi capite quanto è importante questa procedura che fa veramente la differenza.

### **Risultati, Miglioramenti e Prospettive Future**

I requisiti essenziali per un'assistenza efficace ed efficiente al paziente con ictus sono semplicemente riassumibili. Innanzitutto che vi sia un coordinamento tra i diversi attori del percorso di diagnosi e cura, non solo per minimizzare i tempi di accesso alle terapie fondamentali, ma anche per renderli omogenei. È molto importante quasi che vi sia un automatismo di comportamento, come quando ci si addestra al pianoforte per ore e ore o ci si allena per un'attività sportiva. Che ci sia una verifica costante dell'efficacia dei processi e là dove vengono individuate delle criticità si abbia la forza, il coraggio, la voglia di porvi rimedio.

Ad esempio, se dovessi dire dove si può migliorare, direi: uno, nell'aumentare la consapevolezza della popolazione riguardo al problema dell'ictus. Questa è una provincia di soggetti anziani che spesso vivono da soli e non possono rimanere inermi di fronte a un evento come questo e aspettare che magari la notte li faccia guarire miracolosamente. Questo purtroppo succede troppo spesso, quindi anche il sistema di telesoccorso potrebbe essere implementato. Poi è molto importante che vengano resi sempre fluidi i trasporti verso Belluno e Feltre dotati di stroke unit in tempi brevi e soprattutto, a mio modo di vedere, che venga potenziata l'attività di esecuzione delle trombectomie meccaniche, sia qui a Belluno che con i colleghi di Area Vasta di Treviso che le fanno da molti anni.

E infine lasciatemi dire che tutti i neurologi siano uguali davanti all'ictus, siano preparati alla gestione dell'ictus ischemico acuto non solo su un piano teorico ma su un piano operativo. Questo non è scontato perché non tutte le università preparano i neurologi alla stessa maniera e il rischio è che uno sappia quello che ha in mano ma non lo utilizzi e quindi l'alternativa è che l'ictus non sarà uguale per tutti e questo è da evitare.

I dati del 2024 sono molto confortanti: tra Belluno e Feltre abbiamo eseguito 154 ricoveri per l'ictus cerebrale ischemico, sono state eseguite 71 e 37 trombolisi endovenose e 10 trombectomie meccaniche, 6 a Belluno e 4 a Treviso. Tutti dati belli, ma noi vogliamo fare di più perché vogliamo portare queste possibilità terapeutiche che, ripeto, fino alla fine degli anni '90 erano inesistenti, a un numero sempre maggiore di persone che possono averne bisogno.

Se siamo contenti, il merito va a tutti ovviamente. Intanto la Regione Veneto che ha riconosciuto da molti anni l'importanza del percorso ictus ancor prima del DM70 del 2015, le direzioni aziendali che a partire dall'amministrazione Carraro hanno poi creduto alla necessità di ammodernare la tecnologia applicata alla radiologia e incrementare la forza delle stroke unit provinciali. Un grazie va naturalmente al SUEM provinciale e ai pronto soccorso provinciali che hanno introdotto l'assistenza all'ictus nei loro protocolli, direi quasi nel loro DNA, abbandonando l'atteggiamento fatalista di cui avevo parlato prima. I radiologi e i neuroradiologi ovviamente fondamentali per la diagnosi e per l'esecuzione delle trombectomie meccaniche. Devo ringraziare ancora per i motivi che ho già detto prima cardiologi e chirurghi vascolari, ma lasciate che tenga per ultimo il ringraziamento che sento di dovere alle neurologie di Belluno e di Feltre, ai neurologi e agli infermieri che vi lavorano ogni giorno cercando di far diventare questo babau solamente un brutto sogno.

## **Daniele Trevisanuto**

### **Monitoraggio a distanza a favore del neonato critico**

Parto da quello che ha detto il professor Del Vecchio, che ha affermato che l'USL1 sostanzialmente è un front line runner. Quando mi ha riferito questa cosa mi sono un po' entusiasmato e ho pensato di verificare se il nostro progetto rientra in questo ambito. Parlerò appunto del neonato.

Come sapete, il servizio di trasporto del neonato critico, la rete - vorrei dire alla dottoressa Cazzaro che si è dimenticata di menzionare un altro progetto - esiste dal 2 ottobre 1999. Sapete che se abbiamo un neonato da zero a un mese che sta male nel Veneto, abbiamo due centri: l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Verona, che copre il Veneto occidentale, e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Padova, che copre invece tutta la parte orientale, ovvero cinque province del Veneto: Belluno, Treviso, Venezia, Padova e Rovigo.

È evidente che se abbiamo un neonato con una patologia che richiede trasferimento, il metodo migliore è quello in utero. Quindi, se abbiamo un neonato con un problema prenatale, il mezzo di trasporto migliore per farlo arrivare in un centro di terzo livello è sicuramente l'utero materno.

Il problema è che, nonostante una buona centralizzazione delle cure, l'1% dei neonati avrà bisogno di essere trasferito subito dopo la nascita. Come andiamo in Italia? Le linee guida internazionali indicano che è l'1,1%. In Italia, vedete che circa l'1,46% - ci sono 51 servizi di trasporto neonatali distribuiti su tutto il territorio - dei neonati avrà bisogno del trasferimento.

In Veneto come andiamo? Riassumendo i 25 anni della nostra esperienza nel Veneto orientale, vedete che il nostro indice di trasferimento è 0,67%, quindi siamo molto virtuosi come regione. I

nostri ginecologi, di cui parliamo sempre male, in realtà fanno un ottimo lavoro e centralizzano bene le gravidanze a rischio. Se andiamo a vedere cosa succede nelle nostre aree, vedete che sostanzialmente siamo abbondantemente sotto l'indice di trasferimento italiano, quindi guadagniamo anche un paio di punti di forza.

### **Dati operativi e caratteristiche dei trasporti**

Abbiamo effettuato 6.000 trasporti, ma guardate i dati evidenziati in rosso. Facciamo circa 18 trasporti al mese. Stanotte la dottoressa Doglioni, che è presente, è partita alle quattro di mattina verso Portogruaro - faccio un esempio - siamo operativi anche perché la maggior parte dei trasporti avviene di notte o durante i periodi festivi.

Il neonato va da 0 a 30 giorni, vedete che la maggior parte delle chiamate avviene nella prima metà dei bambini sotto le 24 ore, quindi i bambini stanno male prevalentemente il primo giorno di vita. Worldwide, muoiono il primo giorno di vita. Ma se andiamo a restringere questa analisi, vedete che sotto l'ora di vita abbiamo 1 su 5, 1 su 4 delle chiamate entro l'ora di vita del neonato. Molto spesso interveniamo nella sala parto di questi 20 ospedali nella parte del Veneto orientale.

Se andiamo a vedere le patologie principali, vedete che il 60% riguarda i problemi respiratori, ma guardate questa linea tratteggiata che dal 2000 al 2010 comincia a crescere: sono i bambini asfittici. Un bambino asfittico costa all'azienda sanitaria dai 3 ai 4 milioni di euro di danno, a parte il danno sociale, il danno alla famiglia e ovviamente al paziente, quindi è importante. Guardate, noi l'anno scorso con il nostro servizio abbiamo trasferito 32 neonati asfittici.

1, 2, 3 su 1.000 neonati - questo dato è inequivocabile, è un dato internazionale - hanno un problema di asfissia alla nascita. Dichiaro anche questo, forse è un altro punto da evidenziare alle famiglie che vengono da noi al Sant'Antonio, perché questa cosa è inevitabile. È importante anticipare il problema delle asfissie e arrivare in tempo rapidamente, perché abbiamo una terapia che è la terapia del freddo: mettiamo il bambino a 33-34 gradi per 72 ore e, in qualche modo, come abbiamo visto nelle relazioni sull'ictus, riusciamo a salvare la vita a una parte di loro e anche a salvare il cervello, quindi a migliorare l'outcome neurocomportamentale a due anni di vita.

### **Tempi di intervento e sfide operative**

Abbiamo detto che il tempo è importante. Come vanno i tempi? Ogni anno facciamo un audit con tutti i punti nascita della rete. Il nostro sistema è un sistema su attivazione di trasporto, cioè non siamo in ospedale, siamo a casa - un medico, un infermiere a casa - e partiamo quando veniamo attivati.

Vedete che i nostri tempi di attivazione sono intorno ai 40 minuti. Il nostro sistema dovrebbe partire fra 30 e 45 minuti, quando ci sono tutti i trasporti. Il tempo di stabilizzazione è il tempo che intercorre quando noi arriviamo in quell'ospedale, stabilizziamo il paziente e ce ne torniamo a casa, o torniamo all'ospedale di terzo livello. Vedete che il tempo totale della nostra missione sostanzialmente supera le tre ore.

Che tempi abbiamo door to door fra Padova, Feltre e Belluno? Vedete che dalle sedi che ci chiamano, noi sostanzialmente arriviamo alla sala parto di Belluno o di Feltre in meno di due ore. Questo è un tempo che è migliorabile. Andiamo in ambulanza, pur andando a 160 chilometri all'ora.

Il problema è che la rianimazione in sala parto è sostanzialmente un'emergenza di routine. Non dobbiamo allenarci a questa cosa. Perché? Perché molte cose devono essere fatte in pochissimo tempo.

Guardate, la letteratura riporta che dobbiamo fare 130 interventi nella prima ora di vita di un bambino che sta male, come questo per esempio, e abbiamo 40 interventi nei primi tre minuti. Fate pensare che carico e che coordinamento serve. Ci sono diversi operatori sanitari e noi ci troviamo durante la prima ora con un impatto significativo su tutto il resto del futuro della vita di questo neonato.

Quindi è necessario un team altamente performante. In questo senso potrebbe venirci in aiuto la telemedicina, la teleneonatologia.

### **La teleneonatologia: esperienze internazionali e modelli operativi**

Non è una novità. Se vedete, questo è un lavoro del 1998 in cui l'Australia, dove hanno ospedali con 100 neonati distribuiti in un territorio incredibilmente vasto, facevano teleneonatologia non sulla rianimazione neonatale, ma era una teleconsultazione, facevano un teleconsulto per questi bambini.

Questa invece è un'esperienza molto più recente della Mayo Clinic in Minnesota che ha utilizzato appunto la teleneonatologia per aiutare i colleghi a stabilizzare e a rianimare il neonato immediatamente dopo la nascita. Funziona questa cosa, ma vedete che tutti gli item valutati, dalla qualità della rianimazione a tutti gli altri indicatori, sono migliorati significativamente nel gruppo che faceva la telemedicina rispetto al gruppo di controllo.

E se guardate l'ultima riga, vedete il tempo dalla nascita all'inizio del consulto: erano 12 minuti. Io vi ho detto due ore per arrivare in sala parto, ma in 12 minuti sostanzialmente potremmo essere in sala parto con loro.

Se partiamo con un progetto di teleneonatologia, telerianimazione, ci sono due modelli in letteratura. Uno è il teleleader, cioè io in sala parto, io guido dal mio computer, in qualche maniera sono il leader di quella rianimazione, quindi coordino tutto il team, oppure faccio un teleconsulto. In qualche maniera li aiuto, ma non sono io che comando sostanzialmente.

Perché è meglio l'approccio teleleader? Perché vedete, questo lavoro dimostra che se governo tutto il processo direttamente, faccio il leader della rianimazione dal mio computer, sostanzialmente miglioro la checklist delle cose che faccio, riduco il carico mentale dei colleghi che sono là e si trovano questo bambino che sta male una volta ogni dieci anni, e poi riduco anche la frustrazione. Sappiamo quindi che la teleleadership rispetto alla teleconsultation è meglio per il paziente e anche per l'operatore locale.

Però ci sono anche dei problemi di tipo etico e di tipo legale. Per esempio, abbiamo bisogno di una licenza dell'operatore, cioè chi fa il leader da Padova - parlo da Padova perché è uno del nostro sistema - deve essere abilitato ad operare. Ovviamente ha bisogno di tempo perché perde tempo per i consulti. C'è una responsabilità legale: di chi è la responsabilità se quel bambino va bene o va male? "Mi hai detto di far questo, mi hai detto di fare quell'altro". Poi c'è anche un problema di costi. Poi c'è un altro piccolo problema: il problema della privacy. Ne abbiamo parlato, c'è questo regolamento generale che deve essere rispettato e poi ci sono ovviamente le connessioni.

Noi sostanzialmente usiamo ormai il teleconsulto, ma come lo facciamo? Lo facciamo con WhatsApp, ci mandiamo le ecografie, ci mandiamo cose che in rete evidentemente non dovrebbero girare, però sono sostanzialmente per chi lavora sul campo molto utili.

### **Il nostro progetto: fasi di implementazione e primi risultati**

Questa è un'esperienza della Sassonia dell'Est e vedete che hanno tentato, sono appena partiti, con questo progetto in cui la teleneonatologia sostanzialmente prevederebbe una parte antenatale, durante la nascita e poi anche durante il ricovero in terapia intensiva.

Veniamo a quello che abbiamo fatto noi. Questo è il progetto che abbiamo presentato e questa è la timeline di quello che facciamo. Vedete che abbiamo previsto a gennaio 2025 due corsi di 40 persone: ne abbiamo formate 20 a Belluno e 20 a Feltre, questa è la prima fase. Poi abbiamo la fase 2 che stiamo portando avanti, vedete abbiamo formato tre edizioni, adesso abbiamo una o due in programma, ne abbiamo altre due. Poi c'è l'ultima fase, la fase 3, in cui dovremo passare dal manichino ad alta fedeltà al training dal vivo, dopo che abbiamo risolto tutti quei problemi che abbiamo evidenziato.

Questi vedete sono i due corsi, questa è una simulazione ad alta fedeltà. Vedete qui io sto valutando quello che stanno facendo, in aula possono vedere e quindi vogliamo coinvolgere anche i tecnici che ci hanno dato una grandissima mano sia a Feltre che a Belluno.

Poi si fa un debriefing in aula, vedete con le quattro persone che hanno rianimato quel neonato, evidenziando i punti di forza, i punti di miglioramento di quella performance, coinvolgendo tutta l'aula. Questo è quello che abbiamo fatto in loco e questo è quello che abbiamo fatto online, vedete la seconda fase. Io sono nel mio studio e vedete che in qualche maniera guido e faccio un debriefing su uno scenario coordinato localmente da - in questo caso voglio anche ringraziare la dottoressa Bersan e il dottor Mazzini che ci hanno dato una grandissima mano di supporto - e vedete come io dal mio computer riesco a vedere tutte le procedure effettuate su un neonato e riesco a vedere anche come va il team, perché ricordatevi che il 70% degli errori deriva da una cattiva organizzazione del team. Quindi il debriefing include le parti non-technical e technical.

Funziona questa cosa? Abbiamo anche cercato di raccogliere i primi dati. Vedete che la conoscenza e l'autopercezione delle procedure tecniche di rianimazione è significativamente migliorata prima e dopo il corso. Sulla scala della self-efficacy, la percezione di essere efficace, anche questa vedete è migliorata significativamente. Sono dati molto preliminari però capite che siamo ancora a metà del percorso.

Non vediamo l'ora di arrivare alla fase 3 quando cominceremo a lavorare sul neonato, perché poi vogliamo cominciare a vedere se questo processo che a noi sembra entusiasmante e che ci pare di aver capito anche localmente sia stato apprezzato molto, almeno in queste prime fasi, possa essere di contributo.

Ringrazio tutti quelli che hanno partecipato e ci hanno dato una mano in questo progetto e speriamo di portare alla prossima occasione i risultati.

## **Federica Schievenin**

### **Farmacia in evoluzione a supporto dei bisogni della comunità,**

In questo mio intervento voglio condividere quelli che sono i progetti attivati con la collaborazione delle farmacie di comunità, quindi la farmacia dei servizi, e una serie di progetti aziendali coordinati dall'assistenza farmaceutica territoriale. Tutti questi progetti hanno lo scopo di rispondere a quelle che sono le richieste del DM 77, quindi di rafforzare l'assistenza sanitaria sul territorio.

Per quanto riguarda la farmacia dei servizi, possiamo dire che è stata approvata con la Legge 69 del 2009 e il Decreto Legislativo 153 del 2009, che riconoscono per la prima volta alle farmacie la possibilità di svolgere servizi extra rispetto alla mera erogazione del farmaco.

In attuazione di tali norme vengono emanati dei decreti attuativi relativi a determinati ambiti, in particolar modo le autoanalisi, la messa a disposizione dell'infermiere e del fisioterapista, e il ritiro referti. La sentenza del Consiglio di Stato del 2021 riconosce la farmacia di comunità come

un centro sanitario polifunzionale a supporto della comunità e un punto di raccordo ospedale-territorio, front office del servizio sanitario.

Nel 2024 sono stati approvati dalla nostra Regione una serie di DGR e di decreti che regolamentano in modo importante la farmacia di servizi, che negli anni precedenti era stata comunque attivata nelle farmacie di comunità, ma che con la spinta del DM 70 sta prendendo piede in modo importante.

Importante è la DGR 69 che approva la possibilità per le farmacie di eseguire servizi in locali anche esterni ad esse, ricadenti all'interno della pianta organica di quella farmacia. Questo è importante soprattutto per la nostra provincia, perché molto spesso le nostre farmacie sono farmacie piccole, costituite spesso anche da un unico locale, per cui la possibilità di eseguire servizi risultava logisticamente non gestibile prima di questa DGR.

Abbiamo poi la DGR 97 che è un documento di programmazione che riassume tutti quelli che sono i servizi che possono essere condotti nelle farmacie di comunità, e importante è il decreto 15 che approva tutta una serie di nuovi servizi che sono finanziati con fondi statali.

### **Servizi cognitivi e di telemedicina nelle farmacie**

Questi si dividono in due gruppi: servizi cognitivi, in particolar modo due progetti di screening dell'ipertensione e dell'ipercolesterolemia non note e due progetti di monitoraggio dell'aderenza nella BPCO e nel diabete. Abbiamo poi i servizi di telemedicina, in particolar modo la televisita e la telecardiologia che per la prima volta viene erogata con fondi statali riconosciuti alla Regione Veneto e quindi rimborsati dal Servizio Sanitario Nazionale anche in farmacia.

Queste cartine fanno vedere come sostanzialmente le nostre farmacie hanno aderito a questi nuovi servizi del decreto 15. Il tasso di adesione è buono ma vediamo come le zone nelle quali i servizi dovrebbero essere più disponibili, quindi le zone montane, sono sguarnite soprattutto per alcune aree. La giustificazione è data dal fatto che da un lato c'è sicuramente una carenza di personale che affligge comunque anche le farmacie del territorio e dall'altro sono necessari investimenti importanti per l'attivazione di servizi soprattutto nel caso di locali disgiunti.

Questo grafico fa vedere proprio come hanno preso piede nella nostra provincia i servizi del decreto 15. Guardando il primo periodo, maggio-agosto, e il secondo periodo, settembre-dicembre, si vede come è aumentato il numero di servizi erogati e i servizi che sono più rappresentati sono i due servizi di screening e la telecardiologia che ha mostrato un aumento nelle numeriche importante nel secondo periodo rispetto al primo.

Parlando sempre di farmacia di servizi è importante ricordare un servizio che viene svolto dalle nostre farmacie già da parecchi anni: con una delibera del nostro commissario dell'aprile del 2024 abbiamo rinnovato l'accordo locale biennale per la gestione dello screening del sangue occulto nelle feci e la prevenzione dei tumori del colon-retto. Vedete che le nostre farmacie stanno rispondendo molto bene: abbiamo 70 su 76 farmacie aderenti e nel 2024 sono stati gestiti oltre 18.000 campioni.

Un'altra attività importante è la vaccinazione sia anti-influenzale che anti-COVID. Anche qui vediamo come dalla campagna 2023-24 alla campagna 2024-25 è aumentato il numero di farmacie aderenti da 19 a 23 e anche il numero di vaccini somministrati. Nell'ultima campagna sono stati somministrati in farmacia 2.200 vaccini che costituiscono il 6% del totale dei vaccini somministrati all'interno dell'Azienda ULSS 1 Dolomiti. Questo servizio sta prendendo piede in modo importante grazie alla capillarità e agli ampi orari di apertura e anche per il fatto che è sempre più conosciuto dalla popolazione.

### **Progetti aziendali per il miglioramento dell'assistenza territoriale**

Passiamo ora a quelli che sono i progetti aziendali che abbiamo messo in piedi a partire principalmente dal 2024, volti proprio a migliorare l'assistenza farmaceutica sul territorio.

Questo progetto, organizzato con la collaborazione della farmacia ospedaliera, è il progetto di recupero farmaci validi non scaduti che è normato da una DGR del 2014 e prevede che ciascun cittadino possa donare farmaci non più utilizzati in confezione integra, non da frigo e che abbiano una validità di almeno otto mesi. Da luglio 2024, nel momento in cui è stato avviato il progetto, abbiamo recuperato e quasi totalmente riutilizzato 4.400 confezioni. I punti di raccolta sono 20 punti localizzati su tutti i distretti e subdistretti per un valore di 60.000 euro di farmaci. Questi farmaci li stiamo validando - sono validati da un team di farmacisti con l'ausilio di volontari che ringrazio - e vengono riutilizzati nei centri servizi, nei reparti ospedalieri e negli utenti in ADI e cure palliative dove abbiamo attivato un progetto di consegna di farmaci a domicilio di cui vi parlerò adesso.

Questo progetto parte, come il progetto recupero farmaci validi, a luglio del 2024, ha delle basi normative solide in quanto sia i LEA che la DGR 864 del 2020 prevedono che a questi utenti fragili i farmaci vengano consegnati direttamente dalle aziende sanitarie, compresa la fascia C.

Abbiamo fatto uno studio di fattibilità che sostanzialmente era legato al periodo gennaio-settembre 2023. Abbiamo visto che in quel periodo erano stati presi in carico dai servizi di ADI e cure palliative 757 pazienti, principalmente un 70% pazienti di cure palliative e una minor percentuale per i pazienti ADI. Abbiamo fatto quindi un'analisi e abbiamo poi anche stratificato per comune la residenza di questi assistiti.

A luglio del 2024 abbiamo avviato il progetto che prevede sostanzialmente la prescrizione da parte del medico di medicina generale o del palliativista della terapia farmacologica per una copertura di due mesi, una valutazione da parte dei farmacisti dell'assistenza farmaceutica territoriale della proprietà prescrittiva e anche una riconciliazione con quelli che sono i farmaci disponibili nel prontuario aziendale, l'allestimento della terapia e la consegna ai servizi di cure palliative e ai servizi ADI per la consegna a domicilio degli utenti.

Una cosa importante è che poi questi infermieri che portano i farmaci a domicilio vanno anche a monitorare la corretta assunzione della terapia e quindi l'aderenza. Da luglio 2024 abbiamo arruolato in modo progressivo 262 utenti, prevalentemente utenti delle cure palliative in quanto la gestione è più semplice nel senso che il riferimento sono i due servizi di cure palliative, e stiamo iniziando ad arruolare quelli che sono gli utenti ADI della nostra provincia.

Qui vedete come sostanzialmente c'è stato un incremento degli arruolamenti nei mesi. Abbiamo sostenuto una spesa di 24.000 euro per l'acquisto dei farmaci per questi pazienti ed è importante sottolineare che se questi farmaci fossero stati erogati dalle farmacie di comunità avremmo sostenuto una spesa almeno tripla. Inoltre nel progetto abbiamo riutilizzato alcuni farmaci quando possibile del progetto recupero farmaci validi per un valore di circa 10.000 euro.

### **Revisione della terapia nei centri servizi e collaborazioni inter-istituzionali**

Mi aggancio poi all'intervento del dottor Conati per presentarvi un altro progetto che è il progetto di revisione della terapia e del prescribing nei centri servizi. Qui devo ringraziare molto la dottoressa Coppola in quanto mi ha coinvolta in un progetto dell'Istituto Oncologico Veneto che è all'interno del Piano Oncologico Nazionale e che in fase di valutazione al Comitato Etico prevede il miglioramento della gestione della terapia di pazienti oncologici, compresa anche la revisione della terapia.

Grazie al confronto con le farmaciste dell'Istituto Oncologico Veneto abbiamo quindi definito un metodo di revisione della terapia basato sulla valutazione della scheda tecnica dei farmaci e sulla interrogazione dei cosiddetti Interaction Checkers che sono degli strumenti che permettono di rilevare le interazioni tra farmaci.

Quindi sono stata coinvolta nel progetto del dottor Conati e abbiamo iniziato - adesso vi farò vedere i primi dati preliminari - con una RSA, l'RSA di Cortina, a valutare la terapia farmacologica dei pazienti e proporre al medico di struttura, con la collaborazione anche dello specialista geriatra, una revisione della terapia.

In questo piccolo progetto pilota, che è proprio di questi mesi, abbiamo intanto arruolato 9 sui 60 pazienti dell'RSA di Cortina, andando a valutare: la proprietà per indicazione d'uso, posologia e durata; le interazioni farmaco-farmaco, farmaco-patologia; le eventuali duplicazioni di terapia; la cascata prescrittiva, che si ha quando un farmaco viene utilizzato per contrastare le reazioni avverse dovute a un altro farmaco; i criteri di Beers START and STOP, che sono fondamentali nei pazienti fragili; e il carico anticolinergico, in quanto un ABC score superiore a 5 è indice di un rischio di peggioramento delle performance cognitive.

Abbiamo confrontato questi primi 9 pazienti tramite una meet, che speriamo diventi quindi un vero e proprio teleconsulto, con un medico di struttura e proposto quindi una revisione della terapia. Siamo in una fase iniziale, per cui adesso seguirà un incontro col medico di struttura per definire la revisione della terapia di questi primi ospiti e monitorarli nel tempo.

Vedete da questa tabella come su tutti gli ospiti abbiamo rilevato un elevato numero di inapproprietezze, soprattutto per gli ambiti colorati in rosso, e addirittura in 4 su 9 abbiamo rilevato un ABC score superiore a 5, quindi questo è indice che il progetto veramente è importante che venga mantenuto.

#### **Dispositivi medici e prospettive future**

Concludo parlandovi dell'ultimo progetto che riguarda i dispositivi medici. Nel 2024 abbiamo attivato la consegna a domicilio degli ausili per stomia a tutti i pazienti della nostra azienda. In particolare queste sono le prese in carico del 2024: 122 per Feltre, 184 per Belluno.

Prima questi ausili venivano consegnati nei distretti o nei nostri punti di distribuzione diretta. In questo modo abbiamo garantito ai pazienti, che sono comunque dei pazienti fragili, minori spostamenti quindi un servizio importante.

Concludo dicendo sostanzialmente come a mio avviso la farmacia di servizi è un'opportunità importante che è data sia alle farmacie che hanno sostanzialmente la possibilità di entrare a pieno titolo all'interno del servizio sanitario, sia per i cittadini. È importante, come hanno detto molti anche negli interventi precedenti, mettere in piedi dei modelli multidisciplinari che prevedono la collaborazione tra più specialisti nell'ottica appunto di un supporto al paziente.

Quindi diciamo che la revisione della terapia nel paziente anziano, ma anche in tutti i setting, quindi nell'ambito della medicina generale piuttosto che nell'ambito della fase di ricovero, anche di dimissione, è un elemento importante. Quindi a mio avviso investire sulla figura di un farmacista clinico dedicato a queste attività può portare un miglioramento della salute degli utenti e anche della sostenibilità del servizio sanitario.

**Katia Pagotto**

### **L'infermiere territoriale: una figura in movimento**

L'infermiere territoriale è una figura in movimento. Da dove partiamo? Da tre concetti fondamentali, perché l'infermiere si trova all'interno di un contesto, come abbiamo visto questa mattina, che si muove. Dove si muove l'infermiere?

All'interno di nuovi modelli di presa in carico, nuovi modelli assistenziali, all'interno di nuove competenze. Dopo vedremo l'infermiere di famiglia o comunità, gli infermieri in cure palliative, la valorizzazione professionale e le nuove tecnologie, come muoversi all'interno dei nuovi scenari che abbiamo visto questa mattina. Il concetto principale è la presa in carico, il movimento nella presa in carico, la nuova visione della presa in carico, il farsi carico delle persone a livello territoriale. La visione è una visione centrata sulla persona, centrata sulle cure primarie, non è più centrata sulla malattia e non è più basata solamente all'interno della specialistica e dell'ambito ospedaliero.

Il focus dagli individui alla sintomatologia del paziente va verso il bisogno, il bisogno della comunità, della persona e della famiglia, va verso una proattività e un'assistenza pianificata nel tempo e a lungo termine. Dalla terapia ci focalizziamo dove? Alla prevenzione, alla proattività.

#### **Il cambiamento continuo e i livelli di complessità assistenziale**

Andiamo verso un cambiamento che è continuo sulla presa in carico, sulla formazione, ma anche sui livelli di assistenza che diamo alle persone che assistiamo a domicilio. Questo schema riassume l'evoluzione della presa in carico e del cambiamento, ma è imperniato fermamente principalmente sul concetto di individuo, di comunità e di famiglia, dove l'individuo è l'attore della nostra presa in carico, dove la comunità deve essere partecipe alla presa in carico della persona assistita e dove la famiglia deve essere autonoma, deve sviluppare la propria autocura e l'empowerment all'interno della presa in carico dell'individuo, della persona assistita. L'infermiere, ne è stato parlato anche questa mattina, dal decreto ministeriale 77, la presa in carico si divide in vari livelli di complessità, da una complessità semplice ad una complessità avanzata, dove diversi team multiprofessionali, in sinergia tra di loro e attraverso i propri ruoli e le proprie responsabilità, interagiscono tra di loro in maniera multiprofessionale per la presa in carico dell'individuo.

Dalla persona sana, dove dobbiamo agire con la prevenzione e la proattività, ad una persona complessa avanzata, dove troviamo l'1% della popolazione, che è la popolazione complessa, come ad esempio le persone prese in carico dal servizio di cure palliative, dove la complessità è elevata e le competenze anche devono essere maggiori. Il nuovo approccio quindi alla presa in carico, dove troviamo collocata la figura infermieristica, la complessità punta molto all'integrazione. La complessità, tutti noi sappiamo, è data da tre fattori principali: la gravità del malato e la criticità del processo di presa in carico, le competenze del professionista e la struttura dove il professionista va ad agire.

Il territorio è una struttura particolare perché non è l'ospedale, non sono quattro mura che identificano il territorio, ma è ampio e abbiamo visto questa mattina anche il nostro territorio quanto ampio è. E quali sono i fattori che identificano la complessità territoriale? L'assistenza che dobbiamo fornire, la clinica, la relazione di cura con il nucleo persona-famiglia, la relazione tra i pazienti familiari, la relazione tra i servizi, tra i servizi sanitari e paziente, tra i servizi sanitari e servizi sociali, tra l'ambiente e il contesto domiciliare, il tempo dedicato all'assistenza, al tempo di cura e il tempo anche della persona e delle famiglie all'interno del contesto. Come raggiungere i pazienti? Questa è una variabile molto importante perché noi abbiamo un territorio montano e a volte la neve ci impedisce anche di raggiungere la persona assistita, le

distanze, il fattore meteorologico, i mezzi di trasporto, i servizi coinvolti ed è per questo che è fondamentale il concetto di integrazione, integrazione tra i setting assistenziali, tra i servizi professionali, tra il paziente, i professionisti e i servizi stessi, tra l'ambito sanitario e l'ambito sociale, all'interno degli stessi setting assistenziali, tra équipe assistenziali e volontariato.

### **Formazione e competenze specialistiche**

Nel momento in cui parliamo di complessità dobbiamo parlare anche di formazione e di competenze e qui è l'altro movimento della figura infermieristica territoriale. Abbiamo nuovi scenari, nuove competenze. L'infermieristica di famiglia e comunità è prevista una formazione accademica post base specifica per la gestione dei pazienti da parte dell'infermieristica di famiglia, degli infermieri di famiglia.

Abbiamo gli infermieri in cure palliative, è un master che già la legge 38 del 2010 aveva previsto, per le alte competenze cliniche e relazionali di presa in carico nella fase terminale di malattia e abbiamo le competenze dell'infermiere dell'assistenza domiciliare, che devono essere competenze sempre maggiori nella presa in carico globale della persona per gestire appunto la complessità. Abbiamo due documenti importanti, uno per l'infermieristica di famiglia e il core curriculum delle cure palliative, però mi preme sottolineare che i livelli di competenza devono essere coerenti e devono essere focalizzati sulle necessità e i bisogni della persona assistita. E qui faccio due accenni molto veloci sul DM77: sia le cure palliative che l'infermieristica di famiglia e comunità sono due linee di sviluppo del DM77.

Il domicilio è considerato il primo luogo di cura ed è il luogo dove l'infermiere fa assistenza. Attualmente presso l'azienda ULSS Dolomiti abbiamo due unità complesse di cure primarie con 13 sedi di assistenza domiciliare, una rete locale di cure palliative con due équipe dedicate di cure palliative, l'unità operativa complessa di Belluno e l'unità operativa semplice di Feltre. Il bisogno clinico funzionale sociale viene sempre valutato attraverso la valutazione multidimensionale distrettuale, un'équipe multiprofessionale.

L'assistenza domiciliare consiste in trattamenti sia medici, infermieristici, riabilitativi, ma viene effettuata anche da personale sociale. Vi è una centrale operativa che è la centrale operativa dell'ADI, che è la sede organizzativa dell'assistenza domiciliare infermieristica. Vi sono le cure palliative che offrono un'assistenza totale globale alla persona attraverso due tipologie di cura che si articolano in base e specialistiche.

Uno degli obiettivi principali del DM77 è lo sviluppo dell'integrazione tra le cure palliative e l'assistenza domiciliare e l'infermieristica di famiglia e comunità. L'infermieristica di famiglia e comunità opera su quella base della piramide, prevista anche dal piano sociosanitario regionale, prevista anche dal DM77, dove si parla di basso rischio, dove vi è una bassa complessità clinica, però vi è una grande necessità di proattività, di prevedere, di mettere in sicurezza quello che sarà il futuro, l'assistenza futura di quelle persone che noi andiamo ad assistere. È qui una grande competenza del professionista infermiere per poter assicurare continuità, garanzia di presa in carico, proattività e affiancamento al medico di medicina generale.

### **L'esperienza concreta dell'ULSS Dolomiti**

E quindi arriviamo al concreto. All'interno di questo gran movimento, dove troviamo collocato l'infermiere, cosa stiamo facendo? Qual è l'attuale attraverso l'azienda ULSS Dolomiti? Abbiamo degli strumenti nell'ottica della proattività, abbiamo introdotto delle scale di valutazione che ci possono permettere di valutare il rischio di fragilità e vediamo che molti pazienti hanno da 2 a 3 a 4 indicatori di fragilità e quindi è necessario, è importante gestire questi bisogni.

Il modello assistenziale dell'infermieristica di famiglia è attivo nel distretto numero 2 di Feltre, da ottobre del 2022, che è partito come progetto sperimentale. Attualmente ha in carico 1.028

utenti nel 2024, con 6.671 accessi e visite totali effettuate dall'infermiera di famiglia. L'attività principale sono i colloqui e l'educazione che viene svolta al paziente e ai familiari.

Nel distretto 2 abbiamo iniziato un'analisi organizzativa, la fattibilità organizzativa del processo. Abbiamo analizzato le competenze presenti all'interno dei professionisti che operano nel distretto e abbiamo definito un progetto di implementazione incontrando i medici di medicina generale. Siamo partiti a livello domiciliare con l'ampia telemedicina, questi sono gli strumenti che vi ha fatto vedere anche il dottor Conati, il kit è il medesimo, con il supporto dei medici di medicina generale che sono il referente clinico del paziente e dal loro studio monitorizzano i pazienti in carico in telemonitoraggio.

Abbiamo implementato in collaborazione con l'unità operativa complessa di farmacia territoriale la consegna di medicine a domicilio, questo è il volantino predisposto per gli utenti che abbiamo in carico per la gestione dei farmaci. Abbiamo un gran numero di utenti in carico che effettuano il PT e la valutazione dell'INR attraverso uno strumento che si chiama coagulometro senza effettuare il classico prelievo, utilizziamo questo strumento. Abbiamo 630 rilevazioni fatte nel 2024, abbiamo istituito gli ambulatori infermieristici a livello delle sedi distrettuali, abbiamo i punti prelievi collocati in tutto il territorio dell'ULSS 1 Dolomiti, sono delle sedi distrettuali, non fanno parte dei punti prelievi ospedalieri, dei centri prelievi ospedalieri.

Abbiamo istituito le figure del case manager delle cure primarie nel percorso di dimissione protetta, vi è una forte integrazione e continuità assistenziale tra ospedale e territorio in collaborazione con la centrale operativa territoriale.

#### **Dati di valutazione e sfide future**

Vado chiudendo presentando alcuni dati che dimostrano l'attività come viene valutata a livello regionale, noi veniamo valutati per le prestazioni che attualmente facciamo. A livello di assistenza domiciliare noi abbiamo un totale di pazienti presi in carico che si suddividono in indice di complessità assistenziale 1, 2 e 3 che dipende dal numero di accessi fatti a casa dell'utente in un determinato periodo.

Vedete che se il tasso di riferimento è 4 per quanto riguarda il CA1 a livello regionale noi abbiamo un tasso di 5,59 per Belluno e un 7,36 per Feltre ad esempio. I numeri di deceduti nella rete di cure palliative per tumore abbiamo una percentuale del 60% e la percentuale di persone maggiore o uguale a 65 anni trattati in ADI abbiamo una percentuale del 12,40% che siamo sopra il tasso dato a livello regionale. L'ultima slide che vi presento è questa che è una sfida aperta per noi perché siamo valutati a livello territoriale per gli accessi e le prestazioni che noi facciamo.

Abbiamo un numero elevato di accessi a domicilio perché ad esempio a Feltre abbiamo 22.298 accessi nell'anno 2024. Abbiamo un numero di utenti presi in carico elevati pensiamo alle cure palliative ad esempio Belluno 417 persone servite nel 2024 con 185 deceduti a domicilio. Questo vuol dire che l'aspetto relazionale comunicativo e la grande attività che viene fatta per la presa in carico sono molto importanti e il motivo per cui anche le competenze devono essere riconosciute.

Però la sfida per il futuro non è tanto valutare l'attività pratica, il numero di accessi, il numero di prestazioni ma cambiare proprio il paradigma della visione anche a livello territoriale perché dal numero di prestazioni e di accessi dobbiamo andare verso indicatori di esito e di salute anche a livello territoriale. Vado concludendo ringraziando l'équipe territoriale di tutta l'azienda ULSS delle Dolomiti e concludo con questa frase che tutto corre a bordo di una piccola autovettura che scavalca colline in strade per portare in una casa un sistema salute ma anche un sistema accoglienza.

## TAVOLA ROTONDA: Squadra che vince: istituzioni e volontariato in dialogo

### Modera: Pietro Paolo Faronato

Una mattinata impegnativa ma ricca di stimoli, che dimostra come viviamo in una comunità estremamente attiva ed estremamente proattiva. Voglio partire dall'incontro di Agordo dove abbiamo ragionato sul ruolo della comunità nella costruzione della salute. La salute come qualcosa che va costruita insieme all'interno di una comunità.

È chiaro che in questo concetto si apre una dimensione multidimensionale: la salute che dipende da fattori diversi, sanitari ma anche economici e culturali. Pertanto, ridurre la salute esclusivamente ai servizi sanitari erogati è riduttivo. Salute è anche benessere della comunità, è sensazione di sicurezza. Dobbiamo avere un approccio in qualche modo integrato.

#### **Il concetto di One Health e i fattori ambientali**

Mi piace l'idea che sta emergendo di One Health, un'unica salute che comprende la salute umana, animale - e abbiamo visto con il Covid cosa può succedere - ma anche la salute ambientale. Quando si parla di ambiente non possiamo fermarci a pensare all'aria fresca e all'acqua pulita, senza voler nulla togliere al lavoro del Dottor Cinquetti e di tutti i suoi collaboratori. In molti territori parlare di ambiente vuol dire parlare di natalità, vuol dire parlare di isolamento, vuol dire parlare di spopolamento, vuol dire parlare di solitudine. Sono tutti fattori che finiscono per incidere sulla salute.

#### **L'empowerment comunitario e le reti territoriali**

All'interno di questa visione di salute, la comunità rappresenta un fattore chiave. Quello che si definisce "empowerment", cioè la capacità della comunità di prendersi carico dei propri problemi di salute, di identificare quali sono i problemi prevalenti. Certo ci aiutano le strategie innovative - l'abbiamo visto stamattina come strategie innovative e l'innovazione tecnologica possano aiutare - ma è anche necessario attivare quell'altra grande parola che abbiamo sentito nominare molte volte stamattina, che è la rete.

È necessario fare rete con le istituzioni, con i cittadini, con il volontariato. A parlare di questi argomenti abbiamo degli importanti rappresentanti della nostra comunità che cito in modo rigorosamente alfabetico: Paolo Coleselli, Presidente della Fondazione Cucchini; il Presidente della Conferenza dei Sindaci e Sindaco di Belluno, Oscar De Pellegrin; l'Ingegnere Felice Gaiardo, Presidente del Coordinamento Agordino Zoldano dei volontari delle ambulanze; l'Avvocato Enrico Gaz, Presidente di Famiglia Feltrina; e il Dottor Luigi Scannapieco, Direttore Sanitario dei poliambulatori Synlab.

Cercheremo di analizzare alcuni dei problemi che interessano le nostre comunità. Vorrei iniziare dall'Avvocato Gaz. Stamattina abbiamo citato molte volte l'articolo 32 della Costituzione, che è un po' il fondamento e che vede la salute come un diritto. Ma vorrei provare anche a rovesciare la visione e chiedere all'Avvocato Gaz: la Costituzione, oltre ad un diritto alla salute, pone ai cittadini e alle comunità anche dei doveri nei confronti della salute?

### Enrico Gaz

Un cordiale saluto anche da parte mia. Mi limito a poche considerazioni per esprimere il mio sincero ringraziamento per questo incontro e per tutti gli incontri a cui siamo stati invitati nel corso di quest'ultimo anno, o poco più. In qualità di rappresentanti di quel sentire civico, di cui, forse con un po' di presunzione, ci proponiamo di portare qui la voce, riteniamo che queste

occasioni siano state e siano tuttora di straordinaria importanza per il nostro territorio. Esse ci permettono di respirare un'aria nuova, soprattutto da un punto di vista culturale e mentale.

Anche questa mattina, i temi affrontati relativi alla montagna, alla sua complessità e all'innovazione, hanno aperto prospettive fondamentali per consentirci di "respirare con entrambi i polmoni". Il rischio, altrimenti, è quello di restare confinati in una visione della montagna esclusivamente difensiva, protettiva, di mera tutela e conservazione – un approccio senz'altro prezioso e necessario, ma che ha bisogno di essere integrato con uno sguardo più ampio e lungimirante.

A nome anche dell'associazione che rappresento, desidero quindi esprimere un plauso per il modo in cui questi incontri sono stati concepiti e condotti. Il fatto che oggi, in questo pomeriggio, sia stata data voce a semplici cittadini – che, come nel mio caso, non possiedono competenze tecniche specifiche ma portano con sé il sentire dell'opinione pubblica – è un elemento di grande valore.

L'opinione pubblica, si sa, non sempre ha la percezione di un proprio dovere in termini immediati e operativi. Tuttavia, la nostra Costituzione è molto chiara nell'affermare che la salute è un diritto fondamentale dell'individuo, un diritto che prescinde perfino dal legame di cittadinanza, diversamente, per esempio, dal diritto di voto. È un diritto che appartiene alla persona in quanto tale. Per questo motivo, chiunque metta piede sul suolo italiano – come accade per chi sbarca a Lampedusa – ha diritto ad essere curato, semplicemente in virtù della propria dignità umana.

Accanto a questo principio, la Costituzione introduce anche il riferimento all'interesse della collettività, un concetto che ha suscitato ampio dibattito sin dai tempi dell'Assemblea Costituente, soprattutto in merito alla possibilità di configurare un "dovere" in ambito sanitario. Si tratta, è evidente, di un dovere delicato, come testimoniano questioni complesse quali i vaccini, i trattamenti sanitari obbligatori, il diritto al rifiuto delle cure e, più recentemente, il dibattito sul suicidio assistito. Sono tutti temi che toccano le fondamenta della nostra identità di cittadini e del nostro rapporto con lo Stato e l'ordinamento giuridico.

Solitamente, si tende ad escludere che esista un dovere in senso stretto, inteso come obbligo giuridicamente coercibile, se non nei casi in cui sia in gioco l'interesse della collettività, come appunto avviene con i trattamenti sanitari obbligatori. Tuttavia, il richiamo all'interesse collettivo è cruciale, perché costituisce il pilastro su cui poggia l'intero sistema sanitario nazionale. È in nome di questo interesse generale che la fiscalità pubblica si fa carico della sanità, rifiutando l'idea che essa sia un ambito meramente privato. La logica è semplice: se io sto bene, contribuisco al benessere dell'intera comunità. È questo il principio che giustifica l'accesso alle risorse pubbliche per la salute.

Non è raro che emergano domande, talvolta anche provocatorie, da parte di cittadini che si chiedono, ad esempio: "Perché dovrei pagare l'ospedale per chi si riempie di cibo spazzatura, abusa di alcol o fuma un numero eccessivo di sigarette?". Sono interrogativi che circolano, spesso sottotraccia, e che talvolta non si ha neppure il coraggio di affrontare apertamente, perché ciò implicherebbe andare a fondo nella riflessione sul patto di cittadinanza che ci lega.

Eppure, la nostra legislazione sanitaria, già a partire dalla legge Anselmi, ha chiarito che l'articolo 32 della Costituzione va letto insieme all'articolo 2, che sancisce i doveri inderogabili di solidarietà economica, politica e sociale. "Inderogabili" significa senza eccezioni, senza possibilità di sottrarsi. Si tratta di doveri che riguardano ciascuno di noi, non solo coloro che si impegnano nel volontariato.

In questo senso, vorrei anche ridimensionare quella visione talvolta un po' eroica che attribuiamo al volontariato. Il volontario, secondo l'articolo 2 della Costituzione, non è colui che svolge un'attività aggiuntiva per "anime belle", ma è semplicemente colui che interpreta pienamente la propria cittadinanza. Interessarsi alla salute, all'ambiente, agli stili di vita e farsi carico della "cura" in senso lato non è un optional per pochi idealisti: è la sostanza stessa dell'essere cittadini. Solo adempiendo a questi doveri si può dire di essere pienamente cittadini italiani.

Per questo motivo, occasioni come quella di oggi sono fondamentali: ci offrono una sorta di "igiene mentale", per riprendere una felice espressione del dottor Faronato. Questi momenti ci aiutano a liberarci dall'idea che la sanità sia solo un servizio funzionale e ci ricordano che essa è, prima di tutto, un modo di essere, di sentire e di vivere la comunità. Soprattutto, è un impegno che riguarda in primo luogo chi gode di buona salute: sostenere la sanità significa prendersi cura anche di chi sta bene. Anche un semplice gesto, come incoraggiare un operatore sanitario incontrato in un corridoio, è un atto di comunità e di solidarietà.

### **Moderatore**

Trovo particolarmente interessante questa visione che attribuisce a ciascun cittadino un obbligo personale: essere cittadini italiani significa, infatti, prendersi cura anche di queste tematiche. Tuttavia, è indubbio che il volontariato organizzato svolga un ruolo centrale in questo processo di partecipazione civica.

A questo proposito, desidero rivolgere una domanda all'Ingegnere Gaiardo: in che modo possiamo costruire sinergie strutturate ed efficaci con il sistema sanitario pubblico? Mi riferisco, in particolare, alla necessità di evitare che l'attività del volontariato si sovrapponga o, peggio, entri in conflitto di competenze, soprattutto quando si interviene su problematiche che riguardano contesti complessi e articolati, come quelli propri dell'ambiente montano.

### **Felice Gaiardo**

Buongiorno a tutti e grazie per l'invito a partecipare a questo incontro. Ritengo che la sinergia tra l'ente pubblico — in questo caso l'Azienda Sanitaria — e il mondo del volontariato sia una priorità assoluta, soprattutto in un contesto come quello della nostra provincia di Belluno. Mi permetto di riferirmi in particolare all'ambito in cui ho maggiore esperienza, ovvero il volontariato che opera nel servizio sanitario e nel soccorso.

Posso affermare che abbiamo già avviato una sperimentazione in tal senso lo scorso anno, e che stiamo proseguendo anche quest'anno, collaborando con l'Azienda ULSS per l'organizzazione del servizio di soccorso nell'area dell'Alto Agordino. In concreto, insieme all'ULSS abbiamo predisposto un mezzo di pronto soccorso di Agordo, collocato all'interno della nostra realtà, e precisamente presso la sede della Croce Verde Alleghe, per la sua posizione baricentrica sul territorio. Questo mezzo ha operato in stretta sinergia con i nostri volontari, prevedendo la presenza a bordo di uno dei nostri operatori, che affiancava la squadra sanitaria dell'ULSS durante gli interventi.

L'esperienza si è rivelata estremamente positiva: il livello del servizio è sempre rimasto elevato e di qualità, ma soprattutto ha consentito ai nostri volontari di beneficiare di un'importante formazione sul campo. Lavorare fianco a fianco con il personale del pronto soccorso di Agordo ha permesso ai volontari di acquisire competenze operative più avanzate, migliorando così la loro preparazione. Inoltre, l'esperienza ha avuto ricadute molto positive anche sotto il profilo

umano, consolidando i rapporti di collaborazione e fiducia reciproca tra volontari e operatori sanitari.

È evidente che in territori periferici e decentrati, come le vallate dell'Alto Agordino, sinergie di questo tipo risultano particolarmente efficaci e necessarie, ancora più che nelle aree urbane di Belluno e Feltre. Non possiamo dimenticare, inoltre, che il numero di volontari è purtroppo in costante diminuzione. Questa progressiva riduzione rende indispensabile un rafforzamento della collaborazione con l'Azienda Sanitaria e, più in generale, con l'ente pubblico, per garantire la continuità e l'efficacia dei servizi di soccorso.

### **Moderatore**

Ricordo il convegno svoltosi a Pieve di Cadore, durante il quale era emersa con chiarezza la necessità di una collaborazione strutturata tra istituzioni e volontariato, esigenza che mi sembra sia stata nuovamente sottolineata anche questa mattina dalla Dottoressa De Marco, con particolare riferimento alla formazione condivisa e alla creazione di percorsi comuni di intervento.

Professor Coleselli, abbiamo parlato a lungo — e continuiamo a parlarne — del fenomeno dello spopolamento delle aree montane, della perdita dei giovani attratti dai grandi centri urbani, dell'invecchiamento della popolazione. In questo contesto, chiediamo al volontariato di collaborare e di farsi carico di funzioni sempre più rilevanti. Tuttavia, il volontariato stesso è contemporaneamente attore e vittima di questa situazione: perché laddove c'è spopolamento e mancano i giovani, inevitabilmente anche il volontariato entra in crisi.

Le chiedo quindi: quali strumenti concreti possiamo mettere in campo per garantire la sostenibilità e la continuità del volontariato in territori così fragili e vulnerabili?

### **Paolo Colleselli**

Grazie, Dottor Faronato, per l'invito che mi offre oggi l'opportunità di portare alcune riflessioni personali, che credo possano rappresentare anche il sentire delle molte associazioni impegnate nel sostegno sociosanitario nella nostra provincia.

È noto come la presenza di queste realtà associative a fianco delle strutture sanitarie sia il risultato di un tessuto sociale profondamente radicato, che affonda le sue origini nella storia e nella sensibilità di questo territorio. Numerose sono le associazioni esistenti, molte delle quali nate recentemente in risposta a nuove esigenze di salute e solidarietà sociale. Si tratta di un patrimonio prezioso, che riflette anche il ricordo di un tempo non lontano in cui le risorse erano scarse e la comunità era chiamata a far fronte alle proprie necessità.

Attualmente, nella provincia di Belluno, si contano 143 associazioni con finalità di sostegno a problematiche sociosanitarie, che coinvolgono circa 5.500 volontari attivi. Tuttavia, la realtà è molto eterogenea: ci sono poche associazioni con oltre 100 volontari, mentre la maggior parte ne conta un numero inferiore, talvolta al di sotto di dieci. La media si attesta sui 30 volontari per associazione.

Questa realtà, pur positiva, deve però oggi confrontarsi con fenomeni demografici che rischiano di comprometterne l'efficacia e l'operatività: la rarefazione della popolazione e il progressivo invecchiamento incidono direttamente sia sulla disponibilità di volontari che sulla domanda di assistenza.

Tra le criticità principali, occorre segnalare anche l'impatto della riforma del Terzo Settore del 2017, che pur introducendo principi di trasparenza e correttezza gestionale, impone

adempimenti burocratici spesso insostenibili per le associazioni di piccole dimensioni, prive di adeguate strutture amministrative.

Persistono inoltre problemi di frammentazione e talvolta di sovrapposizione tra le associazioni, sia nel reclutamento dei volontari che nella raccolta fondi. È quindi fondamentale sviluppare forme di collaborazione più strette tra le stesse associazioni e intensificare i rapporti con le istituzioni, in particolare l'ULSS e i Comuni.

Vorrei evidenziare, in questo senso, una necessità sociale emergente, documentata anche da recenti indagini, come quella della CGIA di Mestre, che ha messo in luce il crescente carico assistenziale sostenuto dalle famiglie: il 50% dei nuclei familiari di pensionati si fa carico dell'assistenza a persone non autosufficienti, malati o disabili; uno su tre tra i lavoratori attivi assiste un familiare e uno su dieci ne assiste addirittura due. Questo carico è destinato ad aumentare, complice la rarefazione abitativa, l'invecchiamento e il progressivo esaurirsi delle risorse pubbliche.

Le nostre associazioni, nate per rispondere a necessità specifiche e talvolta marginali, oggi devono interrogarsi su come unire le forze per affrontare questa emergenza.

Le proposte che intendiamo avanzare devono partire dal riconoscimento legislativo del caregiver familiare, valorizzando il ruolo di sussidiarietà che il volontariato può svolgere in una rete solidale di assistenza domiciliare — non sanitaria, ma sociale — e potenziando il trasporto dedicato, che rappresenta un servizio essenziale in un territorio così disperso come il nostro.

Vorrei citare, a titolo esemplificativo, un'esperienza della Fondazione Cucchini: abbiamo organizzato due corsi di formazione per la gestione dei malati gravi a domicilio, inizialmente pensati per le badanti. Ebbene, il 90% delle richieste è pervenuto dai familiari, che avevano bisogno di informazioni di base su alimentazione, igiene e cura, difficilmente reperibili altrove. In due edizioni abbiamo formato 70 persone, segno di un bisogno reale e urgente.

Queste sono iniziative semplici, ma che rispondono a bisogni concreti e diffusi.

Infine, ritengo necessario attivare iniziative mirate di sensibilizzazione e formazione per le nuove generazioni, utilizzando i canali mediatici e gli strumenti di comunicazione più efficaci. Inoltre, sarebbe opportuno istituire un coordinamento stabile tra le associazioni di volontariato e le istituzioni — ULSS, Comuni, associazioni di categoria — per creare un tavolo di confronto permanente, finalizzato alla pianificazione di proposte e interventi capaci di rispondere alle sfide che l'evoluzione demografica e sociale ci presenterà.

## Moderatore

Ringrazio il Dottor Faronato e il Dottor Dal Ben per l'invito a questa tavola rotonda, che ho accettato con piacere anche per l'opportunità di rivedere tanti colleghi e amici con cui ho condiviso quarant'anni di attività nella sanità pubblica, prima di approdare al settore privato. Questo percorso mi ha permesso di acquisire una visione completa delle dinamiche tra pubblico e privato, che oggi sono al centro della discussione.

Abbiamo sentito interventi che richiamano alla necessità di costruire reti, di sviluppare sinergie e di unire le forze per far fronte alla scarsità di risorse. Il Professor Del Vecchio ci ha fornito un quadro molto chiaro: non possiamo farci illusioni, dobbiamo rimboccarci le maniche e lavorare insieme per ottimizzare l'utilizzo delle risorse disponibili. Questo è il nodo cruciale.

Permettetemi di chiarire un aspetto spesso frainteso: il cosiddetto "privato accreditato" non è altro che un erogatore di servizi per conto del pubblico, sottoposto alle stesse regole e agli stessi standard qualitativi. Questa distinzione a volte sfuma, soprattutto in territori come Belluno, ma

in realtà è già in atto, come si vede in contesti più grandi, ad esempio a Padova, dove buona parte delle prestazioni accreditate sono fornite da strutture private. Al contempo, all'interno del pubblico, esistono attività private. Dunque, il confine è più permeabile di quanto si immagina.

Il vero rischio, però, è la dispersione delle risorse: la frammentazione dei percorsi, la ridondanza delle prestazioni, la mancanza di coordinamento tra pubblico e privato. Pensiamo agli screening oncologici o ai programmi di educazione alla salute: se manca una reale integrazione, rischiamo di replicare interventi e di sprecare risorse preziose. E questo in un contesto in cui la domanda di prestazioni cresce non solo per necessità cliniche, ma anche per una crescente pressione culturale e informativa da parte dei cittadini, che oggi arrivano dal medico con una diagnosi già in tasca.

Un altro tema di grande attualità è quello del welfare aziendale. Molte aziende, infatti, riconoscono ai dipendenti parte della retribuzione sotto forma di servizi sanitari, grazie anche alla detassazione. È un'opportunità importante sia per i lavoratori che per le aziende, ma il rischio è che queste risorse vengano indirizzate verso pacchetti di prestazioni non sempre necessarie o, peggio, già previste dal servizio pubblico, creando così una duplicazione degli interventi e una dispersione degli sforzi.

Per questo, nel settore privato stiamo lavorando per costruire percorsi condivisi, in cui le prestazioni offerte siano realmente utili dal punto di vista sanitario, rispondano a bisogni concreti e contribuiscano a sgravare il sistema pubblico. Non si tratta solo di offrire visite ed esami, ma di costruire un progetto di salute che abbia valore aggiunto per il cittadino e per il sistema nel suo complesso.

Le liste d'attesa, sia ambulatoriali che ospedaliere, rappresentano oggi uno degli elementi più critici e iniqui del nostro sistema. Eppure, la scelta del privato da parte dei cittadini non si limita al superamento della lista d'attesa: spesso si tratta di una scelta di fiducia verso un determinato professionista, un elemento che il sistema pubblico non sempre riesce a garantire.

Per questo non basta parlare di integrazione, che è già formalmente in essere. Dobbiamo parlare di una vera e propria alleanza strategica tra pubblico e privato, che vada oltre la semplice autorizzazione e accreditamento. È necessario progettare percorsi di salute congiunti, in cui i fondi – pubblici, aziendali e individuali – vengano messi a sistema per rispondere ai bisogni reali, evitando sprechi e duplicazioni. Solo così potremo affrontare con efficacia la sfida della sostenibilità del nostro sistema sanitario e garantire un reale ritorno in termini di salute per i cittadini.

## **Moderatore**

Presidente De Pellegrin, Il sindaco è anche a pieno titolo il tutore della salute dei suoi cittadini, ma quali strumenti hanno i sindaci per coinvolgere effettivamente la comunità nella prevenzione della salute come bene comune? Quali strumenti ha e quali strumenti vorrebbe avere di più per ottenere questo? Oggi abbiamo parlato spesso di comunità: come la costruiamo?

Ringrazio il Dottor Faronato e il Dottor Dal Ben per aver organizzato questi quattro momenti di confronto che, a mio avviso, stanno già producendo risultati concreti. Stiamo crescendo in consapevolezza, e questo processo si riflette nelle azioni che poi i sindaci sviluppano nei propri territori.

Vorrei anche salutare e ringraziare il Dottor Questore di Belluno, che ci ha raggiunto: la sua presenza testimonia quanto sia importante che tutte le forze operative della nostra provincia partecipino a questo dialogo.

Ma veniamo alla domanda: cosa possono fare concretamente i sindaci? Io rappresento la Conferenza dei Sindaci e quindi porto con me la voce di tutti i miei colleghi. Tuttavia, dobbiamo essere onesti: se la Conferenza dei Sindaci lavorasse per conto proprio, se l'Azienda Sanitaria operasse in solitudine, così come la Provincia e la Regione, sarebbe estremamente difficile trovare risposte efficaci.

Per questo motivo faccio mie le parole chiave che sono state ribadite durante tutta la mattinata: "rete" e "squadra". Sono parole che non devono restare slogan, ma devono diventare metodo di lavoro quotidiano.

Come ci ha illustrato il Dottor Del Vecchio, stiamo vivendo un momento di trasformazione profonda del nostro sistema sociale, e questo riguarda naturalmente anche la sanità e il sociale. È normale che il cambiamento faccia paura: modificare ciò che conosciamo, ciò che per anni ha funzionato, non è facile. Ma se lavoriamo in rete, se facciamo squadra, possiamo costruire un nuovo modello che non solo sarà efficace, ma potrebbe essere migliore di quello che lasciamo alle spalle.

Le difficoltà di oggi devono diventare le opportunità di domani. Questo è il messaggio che dobbiamo portare avanti tutti insieme. Ognuno con il proprio ruolo, con il proprio contributo.

La rete tra la Conferenza dei Sindaci e l'Azienda Sanitaria, per noi, non è un'opzione: è la strada obbligata per affrontare le sfide che ci attendono. Questi quattro incontri rappresentano un primo passo concreto.

Da un lato, abbiamo l'Azienda Sanitaria che deve garantire il diritto alla salute partendo dalla città e arrivando in ogni angolo del territorio, assicurando le stesse opportunità a tutti i cittadini. Questo è fondamentale anche per affrontare il tema della carenza di personale: oggi parliamo di medici, domani dobbiamo trovare soluzioni per infermieri e altre figure professionali.

Dall'altro lato, la Conferenza dei Sindaci è in contatto diretto con la popolazione, raccoglie i bisogni, le domande, le criticità. Noi sindaci siamo le "antenne" sul territorio.

Sono fermamente convinto che la prevenzione sia la grande leva su cui lavorare. E qui entra in gioco la rete delle associazioni, il volontariato, le scuole. Ma abbiamo anche una straordinaria opportunità davanti a noi: le Olimpiadi e le Paralimpiadi. Non sono solo eventi sportivi: sono occasioni per avvicinare i giovani, per parlare di stili di vita sani, per promuovere lo sport come strumento di benessere e inclusione.

Dobbiamo diventare promotori di una nuova cultura della salute, non solo per noi stessi, ma anche per chi non ha ancora sviluppato questa sensibilità. Abbiamo la responsabilità di trasformare questi eventi in un'eredità culturale e sociale duratura per la nostra provincia.

Non è un caso che in settant'anni Belluno ospiti per la seconda volta le Olimpiadi e, per la prima volta, le Paralimpiadi. È un'occasione storica e non possiamo sprecarla.

I sindaci, attraverso la Conferenza, possono e devono essere protagonisti di questo cambiamento, ma solo se lavoreremo in stretta collaborazione con l'Azienda Sanitaria e con tutti gli attori del territorio.

L'obiettivo deve essere chiaro: lasciare un'eredità che cambi la mentalità collettiva, creare una comunità che abbia nelle proprie radici la cura della salute come valore condiviso.

Questa è la vera sfida che ci attende: cambiare gli stili di vita, affrontare il cambiamento con spirito positivo e con la consapevolezza che insieme possiamo affrontare qualsiasi trasformazione senza restare indietro.

Fare rete, costruire alleanze operative con tutti gli stakeholder della sanità e del sociale non è più un'opzione: è l'unica via per ottenere risultati concreti. Lavorando da soli si ottiene qualcosa, ma lavorando insieme si può ottenere molto di più.

Il nostro compito ora è trasformare la "rete" e la "squadra" da concetti astratti a metodi di lavoro quotidiani, credendoci e applicandoli in ogni nostra azione.

### **Moderatore**

Presidente, mantenga pure il microfono perché avremo tempo per un altro giro di domande. Abbiamo sempre sottolineato gli aspetti critici della realtà montana, ma la montagna possiede anche valori straordinari: valori di solidarietà, capacità di dialogo e collaborazione reciproca, spirito di mutuo soccorso che potrebbero rappresentare strumenti fondamentali nella costruzione di una comunità più coesa. Come possiamo stimolare e valorizzare questi principi? Come possiamo riscoprirli e rilanciarli in un'epoca che sembra farci perdere di vista tali patrimoni identitari?

### **Oscar De Pellegrin**

Sicuramente conosciamo bene il nostro territorio, in particolare le zone più alte e isolate, dove esistono piccole comunità che riescono a creare un forte senso di unione e di reciproco aiuto. In questi contesti, le problematiche vengono affrontate e risolte insieme, in un autentico spirito di collaborazione. Credo che tali comunità rappresentino un esempio straordinario per l'intera società, ed è fondamentale riconoscere il valore di questi modelli e inserirli in una rete di relazioni, come abbiamo sottolineato anche questa mattina. Questi valori possono diventare veri e propri motori di cambiamento e, proprio per questo, è importante partire da questi esempi per ampliare la visione e costruire percorsi condivisi.

I servizi per queste comunità sono sempre più richiesti, non solo per quanto riguarda l'assistenza sanitaria, ma anche per gli aspetti sociali, specialmente in un momento come questo in cui stiamo assistendo a un cambiamento strutturale, in particolare con la riforma delle Aziende Territoriali Socio-Sanitarie (ATS). Ritengo che questo sia un passaggio epocale che deve essere affrontato con serietà e responsabilità: un cambiamento che impone a tutto il territorio di dialogare e lavorare insieme. La Regione ha già avviato questo percorso, ma ora spetta a noi creare una rete solida per dare risposte concrete ai cittadini che ne hanno bisogno.

Fino ad oggi, abbiamo spesso delegato all'azienda sanitaria molte delle funzioni di assistenza e cura. Ora, invece, è il momento di dimostrare la nostra capacità di lavorare insieme per il bene del territorio, superando anche quelle logiche di campanile che da sempre caratterizzano le nostre comunità. È un passaggio fondamentale per costruire un futuro migliore, un cambiamento che ci obbliga a lavorare in rete, perché l'obiettivo – come accennavo questa mattina – è quello di partire da strutture capaci di mantenere i servizi esistenti, ma soprattutto di migliorarli e adeguarli alle esigenze di una popolazione i cui bisogni continuano a evolversi. Dobbiamo quindi costruire strutture che siano solide e pronte a fornire risposte efficaci.

A questo proposito, posso aggiungere che il Comune di Belluno, insieme ad altri capoluoghi alpini e nazioni limitrofe, ha recentemente sottoscritto la "Carta Sociale delle Alpi". Si tratta di un progetto che coinvolge i quattro capoluoghi di Belluno, Trento, Bolzano e Innsbruck, con

l'obiettivo di affrontare congiuntamente temi cruciali come l'invecchiamento della popolazione e il calo demografico, problematiche comuni a tutti questi territori. Attraverso il dialogo e il confronto, vogliamo comprendere come altri territori abbiano superato determinate criticità e, allo stesso tempo, condividere le nostre esperienze positive per trovare insieme soluzioni efficaci.

Questa iniziativa rappresenta solo l'inizio di un percorso che può estendersi anche ad altri ambiti, come il sociosanitario, la sanità e il welfare sociale. Credo fortemente che questa sia la nuova frontiera: non chiudersi nei propri confini, ripetendo gli stessi schemi e le stesse risposte di sempre, ma aprirsi al confronto con il mondo esterno, accogliere esperienze diverse, valorizzarle e adattarle alla nostra realtà per migliorarci continuamente. Ritengo che questa sia la risposta più matura e consapevole che un territorio possa dare per affrontare le sfide dei prossimi anni.

### **Moderatore**

Grazie, Presidente. Apprezzo che lei abbia colto pienamente il messaggio trasmesso questa mattina dal Direttore, il quale, nell'organizzare questi percorsi, ci ha sempre sollecitato a confrontarci con altre realtà, sia a livello nazionale che internazionale. Se non sempre siamo riusciti a mettere in pratica questo confronto, la responsabilità è da attribuire a noi stessi, e non certo alla mancanza di stimoli o indicazioni in tal senso.

Dottor Scannapieco, quando si parla di società quotate in borsa, accanto ai tradizionali parametri economico-finanziari come bilancio e fatturato, si sta dando sempre maggiore importanza ai cosiddetti parametri ESG: E come ambiente, S come responsabilità sociale e G come governance trasparente e ispirata a principi etici. È evidente che anche il settore della sanità privata è chiamato a rispondere a queste sfide, in particolare per quanto riguarda la dimensione sociale del proprio operato. In questo senso, vorrei chiederle: come pensate di affrontare questa tematica?

### **Gianluigi Scannapieco**

Si tratta di un tema che si sta diffondendo sempre di più, tanto che oggi anche i fondi di investimento si orientano verso aziende in grado di garantire percorsi di sostenibilità e responsabilità. Questo fenomeno rientra nel quadro più ampio della responsabilità sociale d'impresa, che il modello ESG (Environment, Social, Governance) estende ulteriormente, includendo la tutela dell'ambiente, la trasparenza nei confronti della comunità economica e finanziaria e la responsabilità sociale verso i territori in cui si opera.

Per quanto riguarda le aziende sanitarie, è evidente che la componente sociale rappresenta un aspetto centrale. Essere socialmente responsabili significa prestare attenzione a tutti gli stakeholder: ai cittadini delle comunità in cui insistono le strutture sanitarie private e, allo stesso tempo, ai propri dipendenti, che sono anch'essi cittadini e parte integrante del tessuto sociale. È importante sottolineare che l'adesione a questi percorsi non si esaurisce in dichiarazioni di principio: il rispetto dei parametri ESG viene monitorato rigorosamente attraverso indicatori specifici, con verifiche periodiche che certificano l'effettiva coerenza tra valori dichiarati e pratiche aziendali.

Un esempio concreto è il gruppo Synlab, che, pur essendo uscito dalla Borsa, continua a perseguire attivamente questi obiettivi, dimostrando che la responsabilità sociale non dipende dall'essere quotati, ma da una scelta strategica e valoriale che viene portata avanti nel tempo.

Dal punto di vista operativo, un'area su cui possiamo offrire un contributo significativo riguarda il bisogno, sempre più forte, di informazione da parte della cittadinanza. L'accesso a internet, sebbene possa rappresentare una fonte di dati utile, presenta rischi legati alla difficoltà di distinguere tra fonti affidabili e informazioni distorte o fuorvianti. I dipartimenti di prevenzione e le strutture sanitarie pubbliche svolgono già un lavoro importante in tal senso, ma è evidente che occorra creare alleanze più ampie, capaci di colmare questo bisogno di conoscenza.

Nel parlare di integrazione tra istituzioni, volontariato e Comuni, spesso dimentichiamo un alleato fondamentale: il paziente stesso. È necessario che la persona che si rivolge ai servizi sanitari venga riconosciuta come parte attiva del proprio percorso di cura. Coinvolgerlo, renderlo consapevole e corresponsabile della propria salute significa non solo migliorare il suo benessere, ma anche ottimizzare l'utilizzo delle risorse sanitarie, riducendo la necessità di interventi più onerosi e favorendo, per esempio, la continuità lavorativa.

In quest'ottica, diventa essenziale promuovere iniziative di sensibilizzazione e prevenzione: campagne informative, screening gratuiti per le patologie più diffuse – come le malattie cardiovascolari – e attività che favoriscano una maggiore consapevolezza dei propri fattori di rischio. Un esempio concreto è il progetto di prevenzione cardiovascolare dedicato alle donne, un ambito troppo spesso sottovalutato, che abbiamo sviluppato sia per le comunità di riferimento sia all'interno delle nostre stesse strutture per le dipendenti.

La sensibilizzazione passa anche attraverso momenti di incontro e formazione: inizialmente, durante il periodo della pandemia, abbiamo avviato cicli di webinar, ma con il ritorno agli eventi in presenza abbiamo registrato un'affluenza straordinaria, segno di un bisogno diffuso e urgente di informazione. Incontri dedicati a tematiche specifiche, come la menopausa o altre problematiche sanitarie di forte interesse, attirano decine di persone, desiderose di ricevere spiegazioni e indicazioni chiare, in un momento storico in cui la scarsità di risorse limita il tempo di colloquio tra medico e paziente.

La salute si costruisce anche attraverso la consapevolezza e la partecipazione attiva delle persone. È fondamentale superare un modello in cui il cittadino subisce passivamente prescrizioni che magari nemmeno comprende, per arrivare invece a un approccio in cui la persona è protagonista del proprio percorso di cura.

Per questo, credo sia necessario spostare l'attenzione dalle parole "integrazione" e "squadra" – pur essendo concetti fondamentali – alla parola "alleanza": un'alleanza vera e profonda, in cui il cittadino diventa parte attiva e consapevole, contribuendo al miglioramento della propria salute e, di conseguenza, al buon funzionamento dell'intero sistema.

## Moderatore

Sì, l'argomento è molto interessante, anche perché non possiamo non riconoscere che, con l'avvento dei social media, abbiamo perso una grande occasione. Quello che avrebbe potuto essere uno strumento di crescita comunitaria si è trasformato in qualcos'altro. Oggi cerchiamo di costruire percorsi comunitari attraverso i quali comunicare ai cittadini messaggi condivisi e sensati, in modo da non generare confusione. Questo approccio è certamente molto utile: aiuta – e aiuta molto – soprattutto le persone sane a mantenersi tali.

Al Professor Colleselli vorrei rivolgere una domanda: come possiamo garantire la continuità e la qualità dei servizi anche in un momento come questo, in cui la differenza di risorse è avvertita soprattutto sul piano umano, più che su quello materiale?

## Paolo Colleselli

Queste sono le sfide che ci attendono e, come ho avuto modo di accennare in precedenza, la strada che ritengo inevitabile è quella dell'aggregazione delle forze. Le associazioni di volontariato, come dicevo, sono numerose – nella nostra provincia ne contiamo circa 140 – per una forza complessiva di oltre 5.000 volontari. È dunque imprescindibile iniziare a pensare a un futuro di aggregazione, sia per mettere in comune le risorse umane, sia – ovviamente – per ottimizzare quelle materiali di cui le varie associazioni dispongono.

Perché questo? Perché è inevitabile che, proseguendo nel tempo, emergeranno nuove necessità, nuove sfide, nuove questioni da affrontare, soprattutto sul piano sociale, più ancora che su quello sanitario. In questo senso, le associazioni di volontariato dovranno trovare un *modus operandi* condiviso: un modo per incontrarsi, pianificare gli interventi, evitando campanilismi, sovrapposizioni o duplicazioni, ma seguendo un piano generale riconosciuto da tutti, che consenta di dare risposte efficaci a bisogni che – già oggi – sono evidenti, e che saranno ancor più pressanti in futuro.

La realtà in cui viviamo, anche per motivi già citati – come la rarefazione della popolazione e una possibile riduzione delle risorse disponibili – ci impone di affrontare queste sfide. E credo che l'unica soluzione sostenibile sia proprio questa: l'aggregazione delle associazioni che si occupano di questi ambiti.

## Moderatore

E quindi, in un certo senso, si tratta anche di rinunciare a qualche individualismo, di superare modalità operative che tendono a dividere. Anche all'ingegner Gaiardo andrebbe rivolta una domanda importante: come immagina il futuro del volontariato, soprattutto nelle nostre zone? E quali cambiamenti ritiene possano essere utili per rafforzarne il ruolo e l'efficacia?

## Felice Gaiardo

Concordo con quanto affermava il professor Colleselli in merito al futuro del volontariato: l'aggregazione sarà certamente un elemento fondamentale. Nelle aree più periferiche della provincia lo stiamo già sperimentando da anni, poiché il numero di persone disponibili è sempre più esiguo. In poche parole, o ci aiutiamo reciprocamente, oppure non ne usciamo.

Certo, dal mio punto di vista, il futuro appare piuttosto incerto. Poco tempo fa ho condotto una semplice analisi sul nostro gruppo di associazioni. Rappresento il 50% delle associazioni della provincia di Belluno che si occupano di servizio di soccorso sanitario, ovvero 7 su 15. Le statistiche sono piuttosto eloquenti: suddividendo la popolazione dei volontari per fasce d'età (20-30, 30-40, 40-50, 50-60 anni), si nota che chi dieci anni fa rientrava nella fascia 40-50 oggi si trova, semplicemente, nella fascia 50-60 – categoria a cui anch'io appartengo. Il vero problema è che la fascia 20-30 è pressoché scomparsa: non solo manca il ricambio generazionale da 20-30 a 30-40, ma manca proprio l'ingresso di nuove forze nella fascia più giovane.

Quindi, sebbene l'aggregazione rappresenti la prima risposta possibile per cercare di migliorare il servizio, credo sia necessario aggiungere un ulteriore elemento. Riprendendo un tema già accennato in precedenza, ovvero la collaborazione tra sanità pubblica e privata, ho l'impressione – e parlo in particolare per quanto riguarda il servizio sanitario di soccorso – che in futuro, soprattutto nei territori più periferici e complessi (non tanto nelle città, quanto nelle vallate più remote), una possibile soluzione potrebbe essere rappresentata da una collaborazione strutturata tra volontariato e sanità privata. In altre parole, l'esistenza di una struttura sanitaria

privata associata al mondo del volontariato potrebbe costituire una strategia efficace per garantire la continuità del servizio in aree disagiate.

Attualmente, nella provincia di Belluno, le 15 associazioni di soccorso contano complessivamente circa 300 volontari. Tuttavia, già oggi facciamo fatica a garantire i servizi, e domani le difficoltà saranno ancora maggiori.

Un altro aspetto critico, che ritengo necessario affrontare per incentivare la partecipazione e attirare nuove persone, è quello della burocrazia. Oggi, gestire un'associazione di volontariato nel nostro settore è diventato, di fatto, come gestire un'azienda. Gli oneri e gli obblighi – tra iscrizioni al Registro Unico del Terzo Settore, autorizzazioni di vario genere e adempimenti normativi – sono praticamente identici. È una situazione francamente drammatica.

Questa complessità rappresenta un peso non solo per chi gestisce le associazioni, ma anche per il singolo volontario, che si trova a confrontarsi con un'attività già impegnativa di per sé, e che diventa ancora più difficile se appesantita da obblighi amministrativi.

La mia speranza è che qualcosa possa cambiare. Credo però che solo un intervento della politica possa realmente fare la differenza, distinguendo in modo chiaro e netto ciò che è volontariato da ciò che è impresa, altrimenti – temo – il volontariato non avrà futuro.

## Moderatore

L'osservazione che ho avuto modo di fare anche questa mattina è che non troviamo ragazze tra i 20 e i 30 anni, e il motivo è molto semplice: non sono nate. Questa è, in tutta onestà, la realtà dei fatti.

Come dicevo questa mattina, analizzando i dati demografici della Provincia di Belluno – ma il discorso vale anche per l'intero Veneto e, più in generale, per l'Italia – possiamo osservare che Belluno vive in anticipo di circa 12 anni le tendenze demografiche nazionali. In altre parole, le "classi vuote", le stesse che a livello nazionale sono state segnalate con le 350.000 nascite dello scorso anno, a fronte di oltre un milione di nati negli anni '60, nel nostro territorio si sono già manifestate dodici anni prima. È per questo che oggi non troviamo quella fascia di popolazione: non c'è, semplicemente.

E questo è un problema che dobbiamo porci in modo molto serio.

Nel momento in cui l'avvocato Gaz parlava del coinvolgimento delle comunità, credo sia utile soffermarsi su un altro punto: dal punto di vista giuridico, esistono strumenti che conferiscano reale potere contrattuale alle comunità? Noi parliamo della necessità di ripensare e rafforzare i nostri servizi, ma ci chiediamo: abbiamo strumenti giuridici che permettano alle comunità locali di avere maggiore voce in capitolo, maggiore forza e autonomia decisionale?

## Enrico Gaz

Gli strumenti a disposizione sono molti, davvero numerosi. Anche per questo sarebbe utile dedicare incontri e momenti di approfondimento che ci rendano pienamente consapevoli della loro esistenza e del loro potenziale. Alcuni di questi strumenti possono essere attivati anche in modo diretto.

Ad esempio, il sindaco Pellegrini, nel suo intervento di questa mattina – sia nel saluto iniziale, sia poco prima dell'ultima relazione – ha giustamente sottolineato la svolta epocale rappresentata dalla riorganizzazione degli ambiti territoriali in materia sociale.

Il modello promosso dalla normativa in questo ambito è quello delle aziende speciali consortili. Senza addentrarci in eccessivi tecnicismi, queste aziende – previste dall’articolo 114 del Testo Unico degli Enti Locali – sono enti pubblici economici con caratteristiche particolari: il loro bilancio, infatti, passa attraverso i Consigli comunali.

Questo rappresenta un cambiamento significativo rispetto alla precedente “amministrazione aziendalizzata” del sociale, nella quale le comunità locali avevano esclusivamente poteri partecipativi, propositivi o di impulso. Ora si passa invece a un coinvolgimento strutturato delle comunità, attraverso i loro rappresentanti istituzionali. Inoltre, all’interno degli organi consiliari, esistono percorsi procedurali e regolamenti che permettono un coinvolgimento ancora più attivo della cittadinanza, fino ad arrivare all’approvazione del bilancio.

L’approvazione del bilancio non è solo un atto contabile: significa definire una gerarchia di obiettivi, porsi anche domande etiche. Ma – come sempre – affinché tutto ciò possa avvenire in modo corale e realmente comunitario, occorre prendersi la responsabilità di un impegno, occorre adempiere a un dovere civico di partecipazione. E questo non può essere dato per scontato.

So che il tempo a disposizione sta per terminare e ci stiamo avviando verso la chiusura. Mi viene però in mente un riferimento che ritengo utile richiamare, visto che ci troviamo nel cuore del capoluogo della nostra provincia. Molti pensano che la legge regionale n. 25 del 2014 sia una legge dedicata esclusivamente all’autonomia della Provincia di Belluno. Non è una visione sbagliata: nella seconda parte della legge, infatti, si affronta il tema della “specificità” e di tutti gli aspetti connessi, anche quelli che il dottor Gasparin ha indirettamente citato questa mattina.

Tuttavia, c’è anche una prima parte della legge che riguarda l’intera montagna veneta, non solo Belluno. Riguarda realtà come l’Altopiano di Asiago, il Cadore, i Lessini, le Prealpi Trevigiane e così via. In particolare, all’articolo 10, si afferma che – per tutti i comuni montani del Veneto – il calcolo dei fabbisogni standard e dei costi standard non debba avvenire soltanto sulla base della classica quota pro capite ponderata per classi di età, ma anche considerando le condizioni strutturali di svantaggio tipiche della montagna, come la densità abitativa e gli indici di dispersione territoriale.

L’articolo si chiude con un inciso importante: “ferma restando la pianificazione sociosanitaria”. Questo significa che, accanto al Piano sociosanitario regionale (quello attualmente in vigore è del 2018), questa legge stabilisce che, per le aree montane, debba essere adottato un criterio differenziato e specifico per il calcolo dei costi e dei fabbisogni.

Naturalmente, mancano ancora gli atti applicativi. Tuttavia, esiste già un sistema di partecipazione locale – attraverso la Conferenza degli enti locali bellunesi, i Consigli di autonomia locali, ecc. – che potrebbe e dovrebbe essere attivato per dare seguito a quanto già previsto dalla legge. Perché una scelta politica regionale in tal senso è già stata fatta.

Poi, certo, è arrivato il Covid, è arrivato il PNRR, sono arrivate molteplici urgenze che hanno inevitabilmente travolto le agende dell’amministrazione regionale. Ma il farsi presenti, il segnalare, l’interessarsi, è un impegno che deve essere messo in atto.

Ecco perché credo che, più che insistere su un folklore rivendicativo, serva un atteggiamento di umiltà e di serietà, da mettere non nelle piazze, ma nei convegni, negli incontri, nei gruppi di lavoro, nelle commissioni tecniche come quella di oggi. Solo così si può vivere davvero quella identità – o specificità, se vogliamo chiamarla così – non come separatezza, ma come appartenenza. Come partecipazione attiva e come alleanza, proprio secondo la visione richiamata questa mattina dal professor Del Vecchio.

## Moderatore

Vorrei ora proporre una breve riflessione conclusiva su questa tavola rotonda, senza alcuna pretesa di offrire risposte definitive.

Nel corso di questi incontri, ci siamo detti – e condivisi – che la salute di una comunità dipende solo per il 30% dagli interventi sanitari, mentre per il restante 70% da altri fattori. Tuttavia, alla fine, abbiamo finito per parlare quasi esclusivamente di quel 70%, riservando al “30% sanitario” solo uno spazio limitato, principalmente in riferimento alla prevenzione e al ruolo della comunità.

Vorrei esprimere, a questo punto, un'opinione personale: l'Azienda Sanitaria ha compiuto un notevole sforzo nell'ideare e sviluppare soluzioni innovative in ambito sanitario, con l'obiettivo di dare risposte concrete ai bisogni dei cittadini.

Forse, ora, è il momento che la comunità – e chi la rappresenta – si faccia promotrice di una nuova fase di riflessione e di iniziativa: quella di avviare un percorso strutturato, magari attraverso cicli di convegni come questo, per ragionare seriamente su quel 70% che riguarda il resto della salute.

Esistono infatti soluzioni innovative anche in ambito preventivo, così come modelli nuovi di partecipazione civica, e credo sia arrivato il momento di attivare questo dibattito all'interno delle nostre comunità, provando a far emergere idee nuove, originali, e realmente attuabili.

Concludo ringraziando tutti i partecipanti per l'attenzione, la disponibilità e la competenza con cui hanno affrontato i temi trattati.

## Verso i 5 cerchi

### Modera: Maria Caterina De Marco

Bene, siamo finalmente giunti all'ultima sessione di questa giornata. Ora, insieme al dottor Rosi, lanciamo la sessione dedicata al tema dei “cinque cerchi”. In attesa che mi raggiunga qui sul palco, inizio io a introdurre brevemente l'argomento.

Come sapete, la nostra Azienda è fortemente coinvolta nell'organizzazione sanitaria per le prossime Olimpiadi e Paralimpiadi, che si terranno tra meno di un anno – anzi, tra un anno saranno già concluse, e potremo raccogliere i frutti del lavoro che stiamo mettendo in campo sin d'ora.

Con una delibera regionale specifica – sulla quale entrerà più nel dettaglio il dottor Rosi – la Regione ci ha formalmente delegato all'organizzazione dell'assistenza sanitaria. Tuttavia, questo incarico si inserisce all'interno di un quadro regolatorio molto preciso, definito dal CIO (Comitato Olimpico Internazionale), cui dobbiamo scrupolosamente attenerci.

Per questo motivo, abbiamo attivato un gruppo di lavoro aziendale, all'interno del quale è sempre presente il dottor Rosi, che ricopre il ruolo di Regional Medical Care Manager nominato dalla Regione, in collegamento con il Regional Care Manager nazionale, il dottor Massazza.

L'assistenza sanitaria dovrà essere organizzata in modo rigoroso e strutturato, secondo regole stringenti e non banali, che si articolano in tre grandi aree operative:

#### **1. Assistenza sanitaria nei campi di gara**

Il dottor Rosi vi illustrerà nel dettaglio quali sono e quanti sono i siti interessati. Naturalmente non opereremo da soli: accanto a noi ci saranno le associazioni di volontariato e le altre aziende sanitarie che si sono rese disponibili a collaborare.

## **2. Assistenza sanitaria nel Villaggio Olimpico**

Il Villaggio, destinato ad accogliere atleti e membri della famiglia olimpica e paralimpica, richiede la messa in campo di tre linee di attività:

- Una farmacia interna, la cui organizzazione apre un'ampia serie di temi: modalità di distribuzione dei farmaci, tipologie, prescrizioni e tracciabilità, soprattutto in relazione al tema dell'antidoping. Su questo punto, la dottoressa Schievenini – insieme al collega dell'Ospedale Niguarda – sta lavorando all'intera impostazione operativa.
- Un presidio di assistenza sanitaria H24, garantito dalla presenza costante di un medico internista e di un infermiere, per la gestione delle urgenze minori durante tutto il periodo dei Giochi. In caso di situazioni più complesse, si procederà con il trasferimento all'esterno del Villaggio verso strutture dedicate.
- Un ambulatorio dentistico, che sarà allestito grazie alla collaborazione con il professor Stellini dell'Azienda Ospedaliera di Padova. Insieme, stiamo definendo il capitolato per l'acquisto dell'unità operativa odontoiatrica e per la gestione della turnistica degli specialisti.

## **3. Il Policlinico Olimpico**

Sarà individuato nel nuovo ospedale Codivilla, i cui lavori si concluderanno tra agosto e settembre. L'accreditamento è previsto per novembre, secondo quanto stabilito nell'accordo siglato con GUM. Il Codivilla sarà quindi attrezzato come Policlinico Olimpico, dedicato esclusivamente agli atleti, senza interferire con l'assistenza ai cittadini residenti, che continueranno a ricevere cure come avviene oggi.

La scelta del Codivilla nasce proprio dall'esigenza di mantenere l'operatività ordinaria per la popolazione, garantendo al tempo stesso un'assistenza dedicata per l'evento olimpico.

## **4. L'Ospedale Olimpico**

È stato individuato nell'Ospedale di Belluno, che accoglierà sia gli atleti sia i membri della famiglia olimpica. Inoltre, in previsione dell'elevata affluenza di pubblico, stiamo valutando – insieme alla Direzione – un potenziamento anche del presidio di Pieve di Cadore, per essere pronti a rispondere a ogni eventualità, anche tra gli spettatori.

Io penso di aver toccato tutti i punti essenziali. A questo punto, lascio la parola al dottor Rosi, che entrerà nel dettaglio delle attività e degli aspetti organizzativi principali.

## **Paolo Rosi**

### **Sanità a 5 cerchi: Le sfide**

Mi scuso per il ritardo e per l'abbigliamento informale. Provengo da Cortina dove oggi è iniziato il test event del curling. Queste situazioni si rivelano complicate perché tutto ciò che abbiamo programmato per mesi, una volta arrivati sul posto, spesso non corrisponde alla realtà e dobbiamo affrontare delle negoziazioni complesse con l'organizzazione. Nonostante la pianificazione accurata, il primo giorno presenta sempre elementi di criticità che richiedono interventi immediati.

Le Olimpiadi Milano-Cortina 2026 coinvolgono in realtà Milano-Trento-Bolzano-Cortina, con attività distribuite su diverse regioni. In Lombardia si svolgeranno eventi a Bormio, Livigno e Milano; in Alto Adige e Trentino ci saranno ulteriori attività, mentre una parte significativa interesserà il Veneto. Cortina rappresenta la sede delle attività competitive principali: sci alpino femminile olimpico e paralimpico, bob, slittino e skeleton olimpici nello stadio del ghiaccio,

curling olimpico e paralimpico, e snowboard paralimpico. L'Arena di Verona ospiterà la cerimonia di chiusura dei Giochi Olimpici e di apertura dei Giochi Paralimpici.

Prevediamo la presenza di 600 atleti accompagnati da circa 2.000 persone tra staff, famiglia olimpica e dignitari, oltre a poco più di 10.000 spettatori. Non abbiamo ancora definito il dimensionamento dei media, della workforce e del personale addetto alla gestione e strutturazione del servizio.

### **Principi organizzativi e integrazione con il sistema sanitario regionale**

L'organizzazione segue le regole stabilite dal Comitato Olimpico Internazionale, codificate nella guida dei servizi medici per i Giochi Olimpici, che stabilisce alcune regole generali fondamentali. Il primo principio consiste nell'assicurare salute e sicurezza di tutti gli stakeholder: atleti, spettatori, famiglia olimpica e chiunque transiti nelle aree olimpiche durante i Giochi.

Il secondo principio fondamentale, che abbiamo reso prioritario, stabilisce che il servizio fornito ai residenti non deve essere minimamente compromesso né per qualità né per velocità di erogazione delle prestazioni. Nessuna ricaduta negativa deve interessare chi vive nei territori dove si svolgono i Giochi Olimpici.

Desideriamo realizzare un servizio integrato con il sistema sanitario regionale. Non si tratta di una gara sportiva, di una partita di calcio o di un concerto, ma di un evento che coinvolge fortemente il territorio regionale, l'amministrazione regionale e le autorità sanitarie. Il sistema rappresenterà un'appendice del servizio sanitario regionale, operato con personale proveniente dal servizio sanitario regionale, secondo il principio di impiegare i migliori professionisti per svolgere le attività che eseguono quotidianamente.

Non inventeremo nuove figure professionali: utilizzeremo rianimatori, medici del pronto soccorso, infermieri del 118 per l'attività territoriale, estendendo questo approccio a tutte le diverse specialità fino alla salute pubblica. L'integrazione dell'attività come parte del sistema regionale deve essere incorporata nel sistema sanitario esistente.

### **Strutturazione dei servizi per atleti e spettatori**

Siamo tenuti a separare due funzioni distinte. Una destinata agli atleti, anche per motivi di protezione, considerando che si tratta di personalità con una certa notorietà che richiedono tutela, ma anche perché sono atleti provenienti da tutto il mondo con esigenze particolari. È necessario creare un ecosistema dove, ad esempio, i medici stranieri possano operare per trattare i propri pazienti e atleti, coordinare i farmaci e gestire tutte le situazioni che in condizioni normali non sarebbero possibili sul territorio nazionale.

Il sistema per gli atleti si basa sul Policlinico Olimpico, una farmacia specializzata che dovrà tener conto di queste necessità specifiche, le medical station che rappresentano postazioni di soccorso all'interno di ogni sito dove si svolgono le gare, l'assistenza sui cosiddetti "field of play" per gli atleti durante le competizioni, e gli ospedali olimpici, che sono strutture ospedaliere normali ma designate come riferimento per accogliere gli atleti.

Un elemento importante riguarda gli ultimi capitoli del manuale dei servizi medici, che include attività di salute pubblica e promozione della salute, nonché l'aspetto della legacy. I Giochi devono lasciare un'eredità materiale e immateriale. Non acquistiamo nulla che non rimanga successivamente per potenziare le attività ospedaliere, territoriali o le capacità del sistema 118 di rispondere agli eventi.

Per gli spettatori, la workforce e i visitatori valgono principi simili: dobbiamo garantire i servizi di emergenza a una popolazione residente temporaneamente aumentata, le cure primarie, il

medico di base per turisti e spettatori, postazioni di soccorso all'interno dei siti di gara, assistenza sulle tribune dove si trova il pubblico, e gli ospedali di riferimento.

### **Test events e preparazione operativa**

I Giochi Olimpici e Paralimpici richiederanno 43 giorni di operatività a partire dal 4 febbraio, ma quest'anno stiamo gestendo tutti i test events, ovvero quelle attività che non sono Giochi Olimpici ma fanno parte dei test necessari. Attualmente si svolgono i campionati di curling junior, seguiranno i campionati di bob, abbiamo effettuato la pre-omologazione della pista e sono previste diverse attività che servono agli atleti e alle squadre per testare i campi di gara, ma anche a noi per testare il dispositivo organizzativo.

Paradossalmente, l'impegno del 2025 sarà più prolungato delle Olimpiadi stesse, poiché avremo 53 giorni di assistenza da erogare. La Regione, tramite l'ULSS 1, si fa carico non solo dei 43 giorni olimpici ma anche dei 53 giorni preparatori.

Abbiamo organizzato uno staff con responsabili per ciascuna venue di gara. Abbiamo dovuto apprendere numerosi termini tecnici e sigle utilizzate dall'organizzazione per identificare i vari siti, fondamentali per comprendere le comunicazioni operative. Lo staff è composto interamente da personale che lavora quotidianamente nel settore sanitario.

L'organizzazione richiede una struttura complessa che va oltre la presenza del medico sulla pista da sci, includendo il coordinamento di tutte le attività, dal reclutamento alla logistica di base come alloggio e ristorazione. Durante la pre-omologazione abbiamo sviluppato mappe dettagliate e procedure specifiche per operare in un cantiere in evoluzione, con strade parzialmente sterrate e asfaltate, definendo percorsi di accesso e uscita e punti di riferimento precisi.

### **Dispositivi e tecnologie per l'assistenza sanitaria**

Sui campi di gara garantiremo diversi livelli di assistenza. Lo stadio olimpico risulta semplice dal punto di vista dell'assistenza ma complesso per la durata, operativo tutti i giorni delle Olimpiadi e due giorni aggiuntivi. Per il bob abbiamo condotto un'esperienza positiva senza incidenti, quindi non abbiamo ancora testato completamente le nostre capacità di soccorso sulla pista, ma la simulazione è risultata soddisfacente dal punto di vista della sicurezza.

Implementeremo squadre a piedi e team di soccorso avanzato, oltre a mezzi speciali per muoverci rapidamente. Una preoccupazione particolare riguarda la visibilità mediatica mondiale: i tempi televisivi sono critici e un minuto di attesa prima dell'arrivo dei soccorsi potrebbe generare critiche immediate. Dobbiamo trovare modalità di movimento efficaci: sulle piste da sci è relativamente semplice perché si scende, ma sulla pista di bob è più complesso perché bisogna avvicinarsi, trovare il punto giusto di accesso, localizzare l'incidente e determinare dove si fermerà l'atleta.

Per lo sci alpino beneficiamo della grande esperienza della Fondazione Cortina, dei Mondiali di sci e della Coppa del Mondo, quindi collaboriamo efficacemente con loro. Lo snowboard sarà gestibile per le dimensioni del campo di gara ma complesso per i particolari sistemi di protezione e aggancio utilizzati dagli atleti. L'Arena di Verona ci preoccupa meno perché opererà probabilmente a un quarto della sua capacità, con la complessità principale nella gestione di aree separate e percorsi dedicati.

Avremo un posto comando per ciascuno dei tre siti principali, con visione completa delle gare per comprendere immediatamente gli eventi. Utilizzeremo un software specifico per gestire il reclutamento e la pianificazione, dopo aver raccolto mille adesioni tra il personale sanitario interessato a lavorare a Cortina. Per ogni candidato abbiamo documentato l'esperienza nei

rispettivi ambiti di competenza, permettendoci di selezionare il personale più appropriato per ogni posizione.

Useremo radio TETRA per localizzare costantemente le squadre e bodycam per fornire al coordinamento la visione diretta delle situazioni, riducendo la necessità di comunicazioni vocali e anticipando eventuali necessità di soccorsi aggiuntivi o ambulanze. I numeri del personale in campo sono significativi: in una giornata di picco avremo 19 medici, 25 infermieri e 62 soccorritori distribuiti tra curling, sci e slittino.

### **Legacy e prospettive future**

È necessario un training specifico, come quello effettuato con un bob reale all'interno della pista in fase di completamento, per comprendere le modalità operative e le tecniche di estrazione. Collaboriamo strettamente con il soccorso alpino e le forze di polizia (Polizia di Stato, Carabinieri, Guardia di Finanza) per le operazioni di patrol e soccorso.

Avremo ambulanze non solo sui siti di gara ma anche lungo i percorsi, con un piano che dipenderà dall'organizzazione della viabilità, per garantire il soccorso in tutte le aree dell'asse viario verso Cortina. Disporremo di diversi elicotteri: Falco 2 è diventato stabile e rappresenterà una legacy permanente, affiancato dall'elicottero di Treviso e da quello della Guardia di Finanza, con divisione dei compiti tra recupero dalle piste e trasporto ospedaliero.

Il Policlinico Olimpico, dove cureremo principalmente gli atleti, comprenderà un'area di emergenza, fisioterapia, ambulatori, radiologia e laboratorio presso l'ospedale di Codivilla. Settant'anni dopo i Giochi Olimpici del 1956, questa struttura viene restituita alla popolazione completamente ristrutturata e rinnovata. Nel villaggio olimpico avremo un ambulatorio odontoiatrico, una farmacia per atleti e un medico di base per le necessità elementari.

Gli ospedali di riferimento sono Belluno e Treviso per le specialità non disponibili a Belluno, principalmente il trauma maggiore e la neurochirurgia, e Verona per le cerimonie. Dovremo predisporre aree di accesso dedicate. Abbiamo chiarito con la commissione medica del Comitato Olimpico che non daremo priorità agli atleti rispetto ai residenti: cureremo gli atleti esattamente come tutti gli altri, perché è l'unico modo per trattare efficacemente una persona senza causare danni.

Tuttavia, per garantire la privacy e gestire atleti che parlano lingue diverse e i loro accompagnatori, struttureremo l'ospedale con percorsi separati. Gli atleti, specialmente quelli di rilievo, arrivano con numerosi assistenti che non possiamo ignorare, oltre ai giornalisti interessati ai dettagli medici, aspetti che organizzeremo adeguatamente.

## **Conclusioni**

### **Giuseppe Dal Ben**

#### **La squadra e le sfide del sistema sanitario**

Come avete potuto vedere, abbiamo dei validi professionisti: possiamo affermare di avere una squadra davvero forte e di grande valore. Partiamo proprio dall'ultimo intervento, che rappresenta quanto vi ho accennato questa mattina in chiusura del mio discorso. Ci apprestiamo a diventare l'ULSS olimpica: si tratta di un incarico di grande rilevanza, in cui non possiamo permetterci di commettere errori, poiché avremo gli occhi del mondo puntati addosso. Al di là di questo aspetto, svolgiamo il nostro lavoro con competenza e passione, e sappiamo farlo bene. Avete potuto constatare quanto sia complesso il sistema dell'assistenza sanitaria, ma ciò non ci spaventa; al contrario, rappresenta per noi una sfida importante, uno stimolo a fare sempre meglio.

## **Il ciclo di incontri e la partecipazione della comunità**

Concludiamo oggi questo ciclo di quattro incontri, ognuno dei quali, se mi permettete dirlo, è stato più interessante dell'altro. Ho voluto che questi incontri avessero come fondamento la partecipazione della comunità: tramite i sindaci, le associazioni di volontariato, e naturalmente tutti coloro che operano nel settore sanitario. Questo primo obiettivo, possiamo dire, è stato raggiunto. Inoltre, ho desiderato che questi momenti non fossero mere occasioni teoriche, semplici conversazioni tra conoscenti che poi restano fini a se stesse, ma che avessero una ricaduta pratica e concreta sul nostro territorio.

## **I progetti realizzati e il coinvolgimento del personale**

Abbiamo ascoltato la dottoressa De Marco che, con quella rappresentazione a bersaglio, ci ha illustrato questa mattina una ventina di progetti che abbiamo avviato. Alcuni di questi progetti sono già in una fase avanzata di stabilizzazione, mentre altri sono ancora in corso di sviluppo. In totale, abbiamo coinvolto oltre duecento persone in questa progettualità, a dimostrazione del grande lavoro svolto. Tuttavia, siamo consapevoli che resta ancora molto da fare per garantire un sistema sanitario bellunese di eccellenza.

## **Ringraziamenti e apertura verso le Olimpiadi**

Desidero quindi ringraziare sinceramente tutti voi. Mi piacerebbe stringere la mano uno ad uno a tutti coloro che hanno partecipato a questi incontri: al pubblico presente, ai relatori e a chiunque abbia contribuito all'organizzazione e alla realizzazione di questi momenti. Se da un lato si chiude un ciclo di incontri, dall'altro se ne apre immediatamente un altro: quello legato alle Olimpiadi, che ci vedrà protagonisti. Lo ricordava poco fa anche il sindaco di Belluno, che ringrazio nuovamente per la disponibilità di questa splendida struttura: dobbiamo essere attori principali in questa fase di avvicinamento ai Giochi, sviluppando e presentando progettualità soprattutto nell'ambito della promozione della salute e della prevenzione.

## **Il coinvolgimento dei giovani e le progettualità future**

Ci impegneremo sicuramente su questa linea, perché questi progetti dovranno nuovamente coinvolgere l'intera comunità. Ci piacerebbe, come si accennava poco fa con il sindaco, coinvolgere in modo particolare il mondo giovanile. È vero che stiamo attraversando un periodo in cui le nascite sono diminuite, come si diceva prima, ma stamattina, verso le sette e mezza, mentre prendevo un caffè, ho visto tanti giovani in giro: non so se fossero impegnati a "bruciare" la scuola o se si stessero preparando per la giornata, ma comunque c'era una presenza significativa. Al di là della battuta, se riuscissimo a coinvolgerli in questo percorso verso le Olimpiadi, potremmo offrire un contributo ulteriore alla nostra comunità.

## **Gli impegni futuri e il riconoscimento del team**

L'impegno che ci attende sarà quello di proseguire nella stabilizzazione dei progetti già avviati, confrontandoci con altre realtà, e dare concretezza al lavoro svolto durante questi quattro incontri. Dovremo inoltre orientare i nostri sforzi in modo particolare sul tema della promozione della salute e della prevenzione. Abbiamo ascoltato l'intervento del nostro Dipartimento di Prevenzione, che merita davvero un ringraziamento sentito. Non tanto, mi permetto di dire, per quanto fa il dottor Cinquetti, che sostiene di fare poco, quanto per il lavoro straordinario della sua squadra: una squadra che ci consente di organizzare eventi come questi, sempre disponibile e pronta a rispondere ad ogni necessità. Ovviamente, ciò è merito anche della direzione che guida questo team. Quindi, caro dottor Cinquetti, considerato che sei collega e amico di Paolo Rosi, che si occupa dell'assistenza sanitaria, spetta a noi lanciare questo percorso verso le Olimpiadi, con un forte accento sulla promozione della salute e della prevenzione. Credo che ci sia molto lavoro da fare, e sono certo che sarà un lavoro di qualità.

## **Conclusioni e prospettive per il sistema sanitario bellunese**

Abbiamo diverse tematiche da sviluppare, sia su specifiche patologie che su aspetti legati alla qualità della vita, e dobbiamo assolutamente portarle avanti, anche alla luce delle esperienze maturate in quest'ultimo anno. Vi ringrazio di cuore per la vostra attenzione, per la pazienza nell'ascoltarci e seguirci. Continuiamo su questa strada, valorizzando e preservando ciò che di buono e importante stiamo facendo, e cerchiamo di colmare quel "bicchiere mezzo vuoto" per raggiungere l'eccellenza nella sanità bellunese. Qualcuno mi ha chiesto se possiamo essere un esempio per altri territori: noi lavoriamo con serenità, senza presunzione, consapevoli del nostro impegno. Tuttavia, come diceva anche il professor Delvecchio questa mattina, ciò che abbiamo realizzato quest'anno può essere considerato un laboratorio che potrebbe essere via via esportato in altre realtà. Continueremo quindi a lavorare in questa direzione, con l'obiettivo di essere un laboratorio che crea vera salute.

# Documento finale

# **ASSISTENZA SANITARIA NELLE AREE MONTANE: LE STRATEGIE IMPLEMENTATIVE E LE SOLUZIONI INNOVATIVE DELL'ULSS 1 DOLOMITI**

## **INTRODUZIONE: CONTESTO OROGRAFICO E DEMOGRAFICO**

Il territorio dell'Unità Locale Socio-Sanitaria 1 Dolomiti presenta peculiarità orografiche e demografiche che costituiscono variabili determinanti nella pianificazione ed erogazione dei servizi sanitari. La conformazione montana, caratterizzata da un'elevata frammentazione territoriale con valli dislocate e dislivelli significativi, unitamente a una distribuzione demografica a bassa densità abitativa rappresenta un paradigma complesso per l'implementazione di modelli assistenziali equi ed efficaci.

La denominazione "Salute oltre la città" non costituisce meramente un titolo evocativo, bensì una dichiarazione programmatica che sottende un approccio sistemico alle problematiche sanitarie nelle aree interne. Tale denominazione evidenzia l'adozione di una prospettiva epidemiologica e organizzativa che trascende i tradizionali modelli sanitari urbano-centrici, inadeguati per contesti caratterizzati da elevata dispersione demografica e criticità logistico-infrastrutturali.

In questo scenario geo-demografico complesso, l'ULSS 1 Dolomiti ha implementato strategie mirate al superamento delle barriere geografiche attraverso l'adozione di modelli organizzativi innovativi, finalizzati a garantire l'accessibilità universale ai servizi sanitari e l'equità negli esiti di salute, in conformità con i principi fondanti del Servizio Sanitario Nazionale e con gli obiettivi di sviluppo sostenibile dell'Agenda 2030 dell'ONU, in particolare l'SDG 3 (Salute e Benessere) e l'SDG 10 (Riduzione delle Disuguaglianze).

## **CICLO DI CONVEGNI "SALUTE OLTRE LA CITTÀ": IL QUADRO CONCETTUALE E GLI OBIETTIVI STRATEGICI**

Il ciclo di convegni "Salute oltre la città" si configura come un'iniziativa strategica multidimensionale, concepita secondo un approccio basato sull'evidenza ed attento alle esigenze degli stakeholder istituzionali e non. L'architettura concettuale di questa serie di eventi scientifici è stata progettata per promuovere un dialogo interdisciplinare tra professionisti sanitari, decisori politici, rappresentanti delle comunità locali e del terzo settore, al fine di elaborare soluzioni innovative per le problematiche sanitarie specifiche delle aree montane.

L'obiettivo primario di questa iniziativa si articola su molteplici livelli:

- A livello macro-sistemico: garantire l'equità nell'accesso ai servizi sanitari e negli esiti di salute, in conformità con l'articolo 32 della Costituzione Italiana e con i principi di universalità, uguaglianza ed equità sanciti dalla Legge 833/1978 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale.

- A livello meso-organizzativo: implementare modelli assistenziali innovativi, calibrati sulle specificità orografiche e demografiche del territorio dolomitico, attraverso l'ottimizzazione delle risorse disponibili e l'adozione di soluzioni tecnologiche avanzate.
- A livello micro-operativo: migliorare l'efficacia e l'efficienza dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) per le patologie prevalenti nel territorio, con particolare attenzione alle condizioni tempo-dipendenti e alle cronicità.
- La metodologia adottata per il raggiungimento di tali obiettivi si basa su un approccio partecipativo e iterativo, che prevede l'analisi delle criticità, l'elaborazione di soluzioni innovative, la loro implementazione sperimentale e la valutazione dei risultati, in un ciclo continuo di miglioramento della qualità.

## IL PERCORSO

### FELTRE: SALUTE OLTRE LA CITTÀ

Il convegno inaugurale, tenutosi presso la città di Feltre, ha adottato un approccio metodologico di tipo esplorativo-generativo, finalizzato all'identificazione delle criticità specifiche dell'assistenza sanitaria in contesti montani e all'elaborazione di potenziali soluzioni innovative.

L'evento ha implementato una metodologia partecipativa, caratterizzata dal coinvolgimento attivo di stakeholder eterogenei, tra cui rappresentanti delle associazioni locali quali Mano Amica, Famiglia Feltrina e Filo di Arianna. Questa sinergia tra l'ULSS 1 Dolomiti e il tessuto associativo locale ha costituito un esempio paradigmatico di coinvolgimento del territorio nell'identificazione dei temi di salute rilevanti, in linea con i principi della governance partecipativa e della responsabilità sociale condivisa.

Un focus significativo è stato posto sull'analisi del diritto costituzionale all'equità di accesso alle cure, con particolare riferimento all'articolo 32 della Costituzione Italiana, che sancisce la tutela della salute come "fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività". Tale analisi ha evidenziato la necessità di sviluppare modelli organizzativi sanitari specifici per le aree montane, che si differenzino dai paradigmi tradizionali adottati nei contesti urbani ad alta densità abitativa.

Il convegno è stato anche l'occasione per ricordare la "Carta di Feltre", documento nel quale già 25 anni fa, il Ministero della salute riconosceva la specificità delle aree montane, ed invitava le regioni a prevedere, per queste zone, parametri differenziali nella programmazione e nelle dotazioni finanziarie.

Il dibattito ha approfondito il ruolo strategico delle diverse componenti del sistema sanitario territoriale, analizzando le potenzialità e le criticità di:

- **Medicina Generale:** con particolare riferimento ai modelli organizzativi delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), adattati alle specificità delle aree montane.
- **Servizi di Urgenza-Emergenza:** con focus sulla distribuzione territoriale dei mezzi di soccorso, sui tempi di intervento e sull'implementazione di protocolli specifici per le emergenze in ambiente montano.
- **Accesso ospedaliero e specialistico:** analizzando le problematiche relative alla distribuzione territoriale dei presidi ospedalieri, all'accessibilità delle prestazioni specialistiche e all'implementazione di modelli di telemedicina.
- **Assistenza territoriale:** con particolare attenzione ai servizi domiciliari, all'assistenza agli anziani e ai pazienti cronici, e all'implementazione di modelli di presa in carico proattiva.
- **Rete delle farmacie:** esaminando il potenziale ruolo delle farmacie dei servizi come presidi sanitari di prossimità nelle aree montane a bassa densità abitativa.

La documentazione prodotta a seguito del convegno (presentazioni, conclusioni e documento di sintesi) ha costituito un corpus informativo strutturato, finalizzato a capitalizzare le riflessioni emerse e a fornire una cornice concettuale per i successivi appuntamenti della serie e per lo sviluppo di iniziative concrete.

## PIEVE DI CADORE: LE RETI TEMPO-DIPENDENTI

Il secondo convegno, svoltosi a Pieve di Cadore, ha adottato un approccio metodologico di tipo analitico-operativo, focalizzandosi su un'area critica dell'assistenza sanitaria: le reti tempo-dipendenti per la gestione delle patologie acute ad elevata criticità.

Le reti tempo-dipendenti rappresentano sistemi organizzativi complessi, finalizzati alla gestione ottimale di condizioni cliniche in cui il fattore tempo costituisce una variabile determinante per l'esito clinico. Tra queste patologie, particolare rilevanza assumono:

- **Sindrome Coronarica Acuta (SCA):** per la quale è stato analizzato il modello hub-and-spoke implementato nel territorio dell'ULSS 1 Dolomiti, con particolare attenzione ai protocolli di trombolisi preospedaliera e ai percorsi di centralizzazione verso i centri di emodinamica.
- **Ictus cerebrale ischemico:** con focus sui protocolli di trombolisi endovenosa e trombectomia meccanica, e sull'implementazione di sistemi di teleradiologia per la diagnosi precoce.
- **Trauma maggiore:** analizzando i criteri di centralizzazione verso i centri trauma di livello superiore e i protocolli di gestione preospedaliera del paziente traumatizzato in ambiente montano.
- **Emergenze neonatali:** con particolare attenzione ai protocolli di trasporto neonatale protetto e ai sistemi di teleconsulto con i centri di riferimento regionali.

Il convegno è stato strutturato come un "laboratorio" interattivo, adottando metodologie partecipative finalizzate all'elaborazione condivisa di strategie operative

per l'ottimizzazione delle reti tempo-dipendenti nel contesto specifico del territorio dolomitico.

Un elemento concettuale centrale della discussione è stato il principio di equità, declinato secondo un modello tridimensionale:

- **Equità distributiva:** relativa all'allocazione delle risorse sanitarie sul territorio, con particolare attenzione alla distribuzione dei mezzi di soccorso avanzato e dei presidi ospedalieri.
- **Equità procedurale:** concernente l'accessibilità ai servizi e alle prestazioni sanitarie, con focus sui tempi di intervento e sui percorsi di centralizzazione.
- **Equità negli esiti:** riferita ai risultati clinici ottenuti, misurati attraverso indicatori epidemiologici standardizzati (mortalità, morbilità, disabilità residua).

Questo approccio multidimensionale all'equità ha fornito una cornice analitica per l'identificazione delle criticità e delle opportunità legate all'implementazione di reti tempo-dipendenti efficaci nel contesto montano.

Un aspetto significativo emerso durante il convegno è stata la presentazione di dati epidemiologici che documentavano le performance del sistema esistente, evidenziando l'impegno dell'ULSS 1 Dolomiti non solo nell'implementazione di modelli organizzativi innovativi, ma anche, tramite la lettura l'analisi ed il confronto nazionale dei dati forniti da AGENAS, nel monitoraggio continuo e nella valutazione dell'efficacia dei servizi erogati, secondo i principi del miglioramento continuo della qualità.

### **AGORDO: RISONANZE AUTENTICHE: LO SPAZIO DELLA COMUNITÀ**

Il terzo appuntamento della serie, tenutosi ad Agordo, ha adottato un approccio metodologico di tipo sistemico-integrativo, ampliando la prospettiva analitica per includere dimensioni socio-culturali e comunitarie nella progettazione dei servizi sanitari per le aree montane.

Il titolo stesso dell'evento, "Risonanze autentiche: lo spazio della comunità", evidenzia l'adozione di un paradigma bio-psico-sociale nella concettualizzazione della salute, in linea con la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che considera la salute non meramente come assenza di malattia, ma come stato di completo benessere fisico, psichico e sociale.

Il focus principale del convegno è stato posto sulla "medicina del territorio", concetto che trascende la tradizionale dicotomia ospedale-territorio per abbracciare un modello integrato di assistenza sanitaria di prossimità. Questo approccio enfatizza la necessità di rafforzare i servizi sanitari territoriali e di integrarli con le risorse e le competenze presenti a livello locale, secondo i principi della "community-based healthcare".

Nel corso del convegno, è stato evidenziato come la montagna può diventare un modello di innovazione, sottolineando il potenziale delle aree montane nello sviluppo di soluzioni sanitarie innovative, valorizzando caratteristiche socio-culturali specifiche quali:

- **Elevato capitale sociale:** manifestato attraverso reti di solidarietà informale e formale, che possono costituire una risorsa significativa per l'implementazione di modelli di assistenza comunitaria.
- **Forte identità territoriale:** che può favorire la partecipazione attiva della popolazione ai processi decisionali relativi all'organizzazione dei servizi sanitari.
- **Tradizione di autogestione e resilienza:** caratteristiche storicamente sviluppate dalle comunità montane per far fronte alle difficoltà ambientali, che possono essere valorizzate nella progettazione di servizi sanitari sostenibili.

Il convegno ha enfatizzato l'importanza della collaborazione intersettoriale tra enti pubblici, organizzazioni del terzo settore e comunità locali come elemento fondamentale per la creazione di un sistema di assistenza sanitaria efficace e inclusivo. Questo approccio collaborativo si allinea con il concetto di "health in all policies", promosso dall'OMS, che riconosce l'influenza dei determinanti sociali sulla salute e la necessità di interventi coordinati tra diversi settori delle politiche pubbliche.

### **BELLUNO: GESTIRE LA COMPLESSITÀ**

Il convegno di Belluno, intitolato "Gestire la complessità", ha adottato un approccio metodologico di tipo pragmatico-implementativo, focalizzandosi sugli aspetti operativi della gestione e dell'erogazione di servizi sanitari nell'ambiente complesso delle aree montane.

La struttura del convegno è stata articolata in sessioni tematiche complementari, che hanno affrontato diverse dimensioni della complessità assistenziale:

La prima sessione: "Gestire la complessità dell'organizzazione sanitaria e garantire la salute in montagna" ha analizzato le sfide sistemiche e il quadro normativo-regolatorio per l'erogazione di servizi sanitari nelle regioni montane, con interventi di esperti. Il focus è stato posto su:

- Analisi dei modelli organizzativi sanitari in relazione alle specificità oro-grafiche e demografiche del territorio dolomitico.
- Esame del quadro normativo regionale e delle politiche sanitarie per le aree interne, con particolare riferimento al Piano Socio-Sanitario Regionale del Veneto.
- Valutazione dell'impatto dei determinanti sociali della salute nelle comunità montane e delle strategie per mitigare le disuguaglianze sanitarie.

La seconda sessione: "Soluzioni innovative per la sanità di montagna: dal pensare al fare" ha costituito il nucleo centrale del convegno, presentando esempi concreti di soluzioni innovative implementate nel territorio dell'ULSS 1 Dolomiti. Le iniziative presentate hanno coperto un ampio spettro di ambiti assistenziali:

1. **Telemedicina per consulti specialistici a distanza:** implementazione di piattaforme di teleconsulto che consentono ai medici di medicina generale e ai presidi sanitari periferici di accedere a consulenze specialistiche in tempo reale, riducendo la necessità di spostamenti per i pazienti. Questi sistemi integrano funzionalità di

videoconferenza ad alta definizione, condivisione di immagini diagnostiche e documentazione clinica, e supporto alla decisione clinica.

2. **Programmi di prevenzione per patologie prevalenti nel territorio:** sviluppo di interventi preventivi mirati, basati sull'analisi epidemiologica delle patologie più frequenti nelle aree montane.
3. **Servizi a supporto dell'assistenza domiciliare per pazienti cronici:** implementazione di modelli di assistenza domiciliare integrata, supportati da tecnologie di monitoraggio remoto e da équipe multidisciplinari, per garantire la continuità assistenziale ai pazienti con patologie croniche, riducendo la necessità di ospedalizzazioni e migliorando la qualità della vita.
4. **Rete dei rifugi sani e sicuri:** iniziativa innovativa che integra la rete dei rifugi alpini nel sistema di emergenza-urgenza, attraverso la formazione del personale, la dotazione di defibrillatori semiautomatici e l'implementazione di protocolli di gestione delle emergenze in ambiente montano.
5. **Prevenzione e gestione del melanoma:** implementazione di un percorso preventivo, diagnostico-terapeutico, assistenziale (PPDTA) specifico per il melanoma, che integra prevenzione primaria, screening dermatologici sul territorio, teleradiologia per la valutazione delle lesioni sospette, e centralizzazione dei casi confermati presso centri specializzati.
6. **Gestione dell'ictus:** ottimizzazione della rete stroke, con implementazione di protocolli di trombolisi preospedaliera, sistemi di teleradiologia per la diagnosi precoce, e percorsi di riabilitazione territoriale post-acuzie.
7. **Monitoraggio da remoto dei neonati critici:** implementazione di sistemi di telemonitoraggio durante la fase del parto, specie nelle gravidanze a rischio, che consentono una consulenza a distanza con i neonatologi dell'Università di Padova, in attesa di attivare le procedure di trasferimento.
8. **Telemedicina nelle case di riposo:** integrazione delle strutture residenziali per anziani nella rete sanitaria territoriale attraverso sistemi di teleconsulto e telemonitoraggio, che consentono la gestione in loco di problematiche cliniche acute, riducendo i trasferimenti inappropriati in ospedale.
9. **Evoluzione del ruolo della farmacia:** implementazione del modello della "farmacia dei servizi" nelle aree montane, con l'erogazione di prestazioni di telemedicina, screening preventivi, e supporto all'aderenza terapeutica per i pazienti cronici e presentazione dell'attività della farmacia territoriale dell'ULSS 1 nel monitorare, a domicilio, la compliance nell'assunzione di farmaci e la riconciliazione terapeutica.
10. **Ruolo dell'Infermiere territoriale:** valorizzazione del ruolo dell'infermiere di famiglia e di comunità come figura centrale nell'assistenza territoriale, con competenze avanzate nella gestione delle cronicità, nella promozione della salute e nel coordinamento dei percorsi assistenziali.

Il convegno ha evidenziato come queste iniziative siano il risultato diretto delle riflessioni e delle discussioni maturate durante i precedenti eventi della serie "Salute oltre la città", che hanno coinvolto, in gruppi di lavoro strutturati, oltre 200

professionisti della sanità, rappresentanti delle comunità locali e del volontariato operante nella provincia. Questo approccio partecipativo sottolinea l'importanza di un ampio coinvolgimento nella costruzione di percorsi di salute, che deve considerare non solo gli aspetti sanitari dell'intervento, ma anche i determinanti non sanitari della salute, quali i fattori genetici, i comportamenti individuali e le condizioni ambientali e socio-economiche.

### **Tavola rotonda: “Squadra che vince: istituzioni e volontariato in dialogo”**

Questa sessione ha approfondito l'importanza della collaborazione intersettoriale tra enti pubblici e organizzazioni di volontariato nella costruzione di un sistema sanitario resiliente e inclusivo. La discussione ha analizzato:

- Ruolo delle Comunità locali nel rendersi protagoniste dei percorsi di salute
- Modelli di partnership pubblico-privato sociale per l'erogazione di servizi sanitari nelle aree montane.
- Strategie per la valorizzazione e il supporto del volontariato sanitario, con particolare attenzione alla formazione e all'integrazione nei percorsi assistenziali formali.
- Esperienze di co-progettazione e co-gestione di servizi sanitari territoriali, con il coinvolgimento attivo delle associazioni di volontariato e delle comunità locali.

La Sessione “Verso i 5 cerchi”: il modello organizzativo per le Olimpiadi Milano-Cortina 2026 ha analizzato il complesso modello organizzativo implementato dall'ULSS 1 Dolomiti, in collaborazione con la Regione Veneto, per garantire l'assistenza sanitaria agli atleti e al pubblico che parteciperanno alle Olimpiadi e Paralimpiadi di Milano-Cortina 2026.

L'evento olimpico rappresenta una sfida organizzativa significativa per il sistema sanitario locale, ma anche un'opportunità strategica per:

- Potenziare le infrastrutture sanitarie del territorio, con investimenti mirati che produrranno benefici duraturi per la popolazione residente.
- Sviluppare competenze specifiche nella gestione sanitaria di grandi eventi e nell'emergenza-urgenza in ambiente montano.
- Implementare soluzioni innovative che potranno essere mantenute e sviluppate anche dopo la conclusione dell'evento olimpico.

Un focus particolare è stato posto sul concetto di “legacy”, ovvero l'eredità che l'evento olimpico lascerà al territorio della Provincia di Belluno. L'auspicio condiviso è che, oltre alla visibilità mediatica e alle ricadute economiche per la provincia, anche l'organizzazione sanitaria possa beneficiare di nuovi impulsi derivanti dalle Olimpiadi, in termini di infrastrutture, tecnologie, competenze e modelli organizzativi innovativi.

## ANALISI TRASVERSALE E TEMI RICORRENTI

La serie di convegni “Salute oltre la città” ha seguito un percorso evolutivo caratterizzato da una progressione logica e da un approccio sistemico alle problematiche dell’assistenza sanitaria nelle aree montane.

L’evoluzione tematica dei convegni riflette un processo metodologico strutturato:

1. Fase esplorativa-generativa: focalizzata sull’identificazione delle problematiche specifiche e sull’elaborazione di potenziali soluzioni innovative.
2. Fase analitico-operativa: centrata sull’approfondimento di un’area critica specifica (le reti tempo-dipendenti) e sull’elaborazione di strategie operative concrete.
3. Fase sistemico-integrativa: caratterizzata dall’ampliamento della prospettiva per includere dimensioni socio-culturali e comunitarie nella progettazione dei servizi sanitari.
4. Fase pragmatico-implementativa: focalizzata sulla presentazione e analisi di soluzioni concrete implementate nel territorio, evidenziando il passaggio dalla teoria alla pratica.

Questa progressione metodologica evidenzia un approccio scientifico e strutturato alla complessità dell’assistenza sanitaria nelle aree montane, che integra analisi dei problemi, elaborazione di soluzioni, implementazione e valutazione dei risultati.

Attraverso l’intera serie di convegni, è possibile identificare alcuni temi ricorrenti che costituiscono i principi guida dell’iniziativa:

### **Equità multidimensionale**

Il principio di equità è stato declinato in molteplici dimensioni:

- **Equità distributiva:** relativa all’allocazione delle risorse sanitarie sul territorio, con l’obiettivo di garantire una distribuzione adeguata dei servizi anche nelle aree più remote.
- **Equità procedurale:** concernente l’accessibilità ai servizi e alle prestazioni sanitarie, con particolare attenzione alla riduzione delle barriere geografiche, economiche e culturali.
- **Equità negli esiti:** riferita ai risultati di salute, con l’obiettivo di ridurre le disuguaglianze negli indicatori sanitari tra le diverse aree del territorio.

Questo approccio multidimensionale all’equità riflette l’impegno dell’ULSS 1 Dolomiti nel garantire che tutti i cittadini, indipendentemente dalla loro residenza, abbiano le stesse opportunità di ricevere cure di alta qualità e di raggiungere il massimo potenziale di salute.

### **Innovazione tecnologica e organizzativa**

L’innovazione è emersa come elemento chiave per superare le barriere geografiche e logistiche tipiche delle aree montane. Questa si è manifestata in diverse forme:

- **Innovazione tecnologica:** con l’implementazione di soluzioni di telemedicina, telemonitoraggio, teleradiologia e altre applicazioni della sanità digitale.

- **Innovazione organizzativa:** con lo sviluppo di modelli assistenziali adattati alle specificità del territorio montano, come l'infermiere di famiglia e di comunità, la farmacia dei servizi, e i percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) specifici.
- **Innovazione sociale:** con l'adozione di approcci partecipativi e di co-progettazione che coinvolgono attivamente le comunità locali e le organizzazioni del terzo settore.

Queste forme di innovazione non sono state concepite come fini a se stesse, ma come strumenti strategici per migliorare l'accessibilità, la qualità e l'efficienza dei servizi sanitari nelle aree montane.

Collaborazione intersettoriale e partecipazione comunitaria

La collaborazione tra i diversi attori del territorio è stata ripetutamente sottolineata come un fattore cruciale per il successo delle iniziative intraprese. Questa collaborazione si è articolata su diversi livelli:

- **Collaborazione interprofessionale:** tra le diverse figure sanitarie (medici, infermieri, farmacisti, tecnici, ecc.) per garantire un approccio integrato e multidisciplinare all'assistenza.
- **Collaborazione interistituzionale:** tra l'ULSS 1 Dolomiti, i Comuni, la Provincia, la Regione e altre istituzioni pubbliche, per coordinare le politiche sanitarie con altre politiche pubbliche rilevanti (trasporti, servizi sociali, istruzione, ecc.).
- **Collaborazione pubblico-privato sociale:** tra il sistema sanitario pubblico e le organizzazioni del terzo settore, per integrare le risorse formali e informali disponibili sul territorio.
- **Partecipazione comunitaria:** con il coinvolgimento attivo delle comunità locali nella definizione dei bisogni, nella progettazione dei servizi e nella valutazione dei risultati.

Questo approccio collaborativo e partecipativo riflette una concezione della salute come responsabilità condivisa e come bene comune, che richiede l'impegno di tutti gli attori sociali.

## CONCLUSIONI E PROSPETTIVE FUTURE

L'evoluzione della serie di convegni "Salute oltre la città", dal discutere problemi e potenziali soluzioni al presentare iniziative concrete e il loro impatto, indica un passaggio significativo dalla fase di ideazione a quella di implementazione e di produzione di risultati tangibili.

Il convegno di Belluno ha rappresentato un momento culminante di questo percorso, in cui l'ULSS 1 Dolomiti ha presentato i frutti del lavoro svolto e ha dimostrato il proprio impegno nel migliorare concretamente l'assistenza sanitaria per le comunità montane.

Le iniziative presentate costituiscono esempi paradigmatici di come sia possibile sviluppare modelli assistenziali innovativi e efficaci anche in contesti caratterizzati da

elevata complessità geografica e demografica, attraverso un approccio sistemico, partecipativo e basato sull'evidenza.

Come affermato da Giuseppe Dal Ben, Direttore Generale dell'ULSS 1 Dolomiti: "Questo convegno rappresenta un momento fondamentale per l'ULSS 1 Dolomiti. È la dimostrazione concreta di come l'ascolto delle esigenze del territorio e la collaborazione tra tutti gli attori coinvolti possano portare a soluzioni innovative ed efficaci per garantire il diritto alla salute anche nelle aree più difficili da raggiungere. Le iniziative che presenteremo sono il frutto di un percorso partecipato e riflettono il nostro impegno costante nel migliorare la qualità della vita delle nostre comunità montane."

In prospettiva futura, l'esperienza dell'ULSS 1 Dolomiti potrebbe costituire un modello replicabile in altri contesti montani, sia a livello nazionale che internazionale. Le soluzioni sviluppate e implementate nel territorio dolomitico potrebbero essere adattate e trasferite in altre aree caratterizzate da simili sfide geografiche e demografiche, contribuendo alla riduzione delle disuguaglianze sanitarie e al miglioramento della qualità dell'assistenza nelle aree rurali e montane.

Inoltre, l'approccio metodologico adottato nella serie di convegni "Salute oltre la città" potrebbe essere applicato ad altre tematiche sanitarie complesse, fornendo un modello strutturato per l'analisi dei problemi, l'elaborazione di soluzioni, la loro implementazione e valutazione.

In conclusione, l'iniziativa "Salute oltre la città" dell'ULSS 1 Dolomiti rappresenta un esempio significativo di come sia possibile affrontare le sfide dell'assistenza sanitaria nelle aree montane attraverso un approccio sistemico, partecipativo e innovativo, che integra le dimensioni cliniche, organizzative, tecnologiche e socio-culturali in una visione olistica della salute e del benessere delle comunità.



REGIONE DEL VENETO



**ULSS 1**  
DOLOMITI

**MOTORE**   
**SANITÀ**   
Cure the Future

