

SALUTE OLTRE LA CITTÀ

SOLUZIONI INNOVATIVE PER LA SANITÀ DI MONTAGNA

RISONANZE AUTENTICHE: LO SPAZIO DELLA COMUNITÀ



AGORDO
Palaluxottica



8 NOVEMBRE 2024
dalle 9.00 alle 17.00



REGIONE DEL VENETO



ULSS1
DOLOMITI

MOTORE 
SANITÀ 
Cure the Future



© Azienda ULSS 1 Dolomiti, giugno 2026
www.aulss1.veneto.it

Gruppo DBS-SMAA SRL - Edizioni DBS

Editore e Tipografo

Rasai di Seren del Grappa (BL) - Via Quattro Sassi, 4

Tel. 0439.44360 - info@edizionidbs.it

www.edizionidbs.it

Grafica e stampa: Gruppo DBS-SMAA srl

Questo libro è 100% italiano. È stato infatti ideato,
impaginato e stampato in Italia con carta italiana.

Proprietà letteraria riservata. Testi e immagini di questo
libro non possono essere riprodotti, anche solo in parte e
con qualsiasi mezzo grafico elettronico o meccanico inclusa
la fotocopiatura, senza l'autorizzazione degli aventi diritto.

ATTI DEL CONVEGNO

SALUTE OLTRE LA CITTÀ

SOLUZIONI INNOVATIVE PER LA SANITÀ DI MONTAGNA
RISONANZE AUTENTICHE: LO SPAZIO DELLA COMUNITÀ



AGORDO
PalaLuxottica



8 NOVEMBRE 2024
dalle 9.00 alle 17.00



CON IL PATROCINIO DI:



PATROCINIO
REGIONE DEL VENETO



Comune di Agordo



REGIONE DEL VENETO



AZIENDA
ZERO



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI UDINE
hic sunt futura

NOTA EDITORIALE

Il presente volume raccoglie gli atti del terzo appuntamento del ciclo «Salute Oltre la Città», dedicato all'assistenza territoriale e alla promozione della salute nelle aree montane. Il convegno si è svolto l'8 novembre 2024 presso il PalaLuxottica di Agordo, messo a disposizione da EssilorLuxottica, alla quale va il ringraziamento degli organizzatori.

Il ciclo, articolato in quattro incontri annuali, ha preso avvio a Feltre (19 gennaio 2024) con un confronto interregionale sui modelli di sanità di montagna, ha proseguito a Pieve di Cadore (10 maggio 2024) sul tema delle patologie tempo-dipendenti, e si è concluso a Belluno l'11 aprile 2025 con una sessione dedicata alle prospettive olimpiche e al bilancio complessivo del percorso.

CRITERI REDAZIONALI

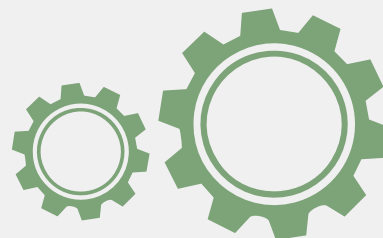
Gli interventi contenuti in questo volume sono stati ricavati dalla trascrizione delle registrazioni audio effettuate durante il convegno e successivamente sottoposti a revisione editoriale al fine di correggere le imperfezioni stilistiche e sintattiche imputabili alla natura orale degli

interventi, preservandone integralmente i contenuti. Gli interventi non sono stati revisionati dai relatori.

I saluti istituzionali sono stati inclusi nella loro interezza, in quanto parte integrante del dibattito.

AVVERTENZA SULLA RESPONSABILITÀ DEI CONTENUTI

Le opinioni, i dati e le valutazioni espressi in ciascun intervento sono da attribuire esclusivamente ai rispettivi autori e non impegnano le istituzioni di appartenenza né l'organizzazione del convegno. I dati epidemiologici e statistici citati fanno riferimento alle fonti indicate dai relatori al momento della presentazione e potrebbero essere stati nel frattempo aggiornati.





RAZIONALE

Le aree interne, definizione alla quale afferiscono le aree montane, rappresentano una parte significativa del territorio italiano e sono caratterizzate da una bassa densità abitativa e da una distanza considerevole dai principali centri di servizi. Nonostante la loro bellezza naturale e il patrimonio culturale che le caratterizza, queste aree affrontano sfide uniche in termini di accessibilità ai servizi sanitari e sociali. L'assistenza territoriale, dunque, assume un ruolo cruciale nel garantire il benessere delle comunità residenti.

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

In questo contesto è necessario, da parte delle Comunità locali e delle organizzazioni sanitarie, uno sforzo aggiuntivo per individuare soluzioni innovative atte a migliorare i servizi territoriali, con un approccio integrato e multidisciplinare, mediante nuovi strumenti per la presa in carico della persona assistita e della sua famiglia, accorciando anche le distanze con le aree urbane e consentendo quindi alla popolazione residente di continuare a vivere e operare in queste aree.



9.30	SALUTO DELLE AUTORITÀ	p.12
9.45	Le strategie regionali per lo sviluppo della nuova sanità territoriale Massimo Annicchiarico , Direttore Generale Area Sanità e Sociale Regione del Veneto	p.19
10.15	Alle radici della Resilienza: Avvicinandoci alla Medicina del Territorio MODERATRICE: Maria Caterina De Marco , Direttore Sanitario ULSS 1 Dolomiti	p.19
	Comunità in rete per la salute e la sanità delle aree interne Silvio Brusaferrò , Ordinario di Igiene Università di Udine, già Presidente Istituto Superiore di Sanità	p.22
	Oltre la Fabbrica: Community Building come Leva Strategica Giuseppe De Castro , Coordinatore iniziative Welfare EssilorLuxottica	p.26
11.15	Organizzazione dei servizi territoriali e di prossimità: impatto del DM 77/2022 Antonio Maritati , Direttore delle Cure Primarie, Regione Veneto	p.32
11.45	Esperienze a confronto MODERATORE: Pietro Paolo Faronato , Coordinatore Progetto "Salute Oltre la Città" ULSS 1 Dolomiti Massimo Melo , Direttore f.f. U.O. Cure Primarie Est, A.P.S.S. Trento Franco Pino Brinato , Direttore area territoriale Valle d'Aosta Guido Giardini , già Presidente "Fondazione Montagna Sicura"	p.37
12.45	Dal Cuore della Comunità: promuovere la salute con una partecipazione attiva MODERATORE: Sandro Cinquetti , Direttore del Dipartimento di Prevenzione ULSS 1 Dolomiti Manuel Zorzi , Direttore del Servizio Epidemiologico Regionale - Azienda Zero, Padova Alberto Lovat , Coordinatore Servizio Promozione della Salute ULSS 1 Dolomiti	p.47
13.15	LUNCH	
14.00	Insieme è Meglio: Sfide e Successi nella Cooperazione tra Professionisti Sanitari MODERATORE: Alessio Gioffredi , Direttore Distretto Socio Sanitario Belluno, ULSS 1 Dolomiti	p.55

Maurizio Cancian, MMG AULSS 2 Marca Trevigiana Fabio Bortot, MMG ULSS 1 Dolomiti	
14.30 Salute della Mente, Forza della Comunità: Promuovere la Consapevolezza e la Resilienza MODERATRICE: Paola Paludetti, Direttore Servizi Socio Sanitari ULSS 1 Dolomiti Francesco Amaddeo, Professore ordinario Psichiatria Università di Verona Gerardo Favaretto, Medico Psichiatra, Consulente ULSS 1 Dolomiti	p.64
15.00 Cronici ma Curabili: Approcci Integrati per Migliorare la Qualità della Vita MODERATRICE: Lucia Dalla Torre, Direttore Distretto Socio Sanitario Feltre, ULSS 1 Dolomiti Giuseppe Fornasier, Direttore UO Cure Palliative, AULSS 1 Dolomiti Giampietro Luisetto, MMG ULSS 1 Dolomiti, Coordinatore Regionale SICP	p.69
15.30 Comunità in Azione MODERATORE: Pietro Paolo Faronato, Coordinatore Progetto "Salute Oltre la Città" ULSS 1 Dolomiti Paolo Frena, Presidente Unione Montana Agordina Maria Chiara Santin, Presidente ASCA Giustina De Silvestro, Rappresentante Comune Domegge di Cadore	p.74
16.15 CONCLUSIONI Giuseppe Dal Ben, Commissario Straordinario ULSS 1 Dolomiti	p.81
16.30 SALUTO MUSICALE Coro Agordo	
DOCUMENTI DI CONSENSO - <i>Convegno di Agordo - AULSS 1 Dolomiti</i>	p.84

CON IL CONTRIBUTO INCONDIZIONATO DI:

EssilorLuxottica

PRESENTAZIONE

Sandro Cinquetti – *Direttore del Dipartimento di Prevenzione, AULSS 1 Dolomiti*

Trovare soluzioni innovative per la sanità di montagna, insieme alla comunità e tra professionisti, è un tema di rilevanza non soltanto nazionale, ma mondiale. È tuttavia qui, nella nostra regione, che intendiamo affrontarlo con concretezza. Il Bellunese, che rappresenta un quinto della superficie del Veneto, e le aree più remote della regione costituiscono una parte integrante del sistema e meritano la stessa attenzione dedicata alle grandi realtà urbane. Come si presta cura particolare ai soggetti più fragili, allo stesso modo occorre prendersi cura dei territori più periferici, con la medesima dedizione.

Il primo appuntamento di questo percorso si è tenuto il 19 gennaio a Feltre, con l'obiettivo di elaborare un nuovo approccio e confrontarsi con realtà che affrontano problematiche analoghe: Valle d'Aosta, Lombardia e Trentino. Il secondo, il 10 maggio, ha affrontato direttamente il tema delle reti cliniche e delle patologie tempo-dipendenti, particolar-

mente sentito in questi territori, presentando anche i più recenti dati AGENAS: dati che, pur attestando la necessità di ulteriori miglioramenti, mostrano risultati soddisfacenti e consentono di collocarsi con obiettività in contesti complessi.

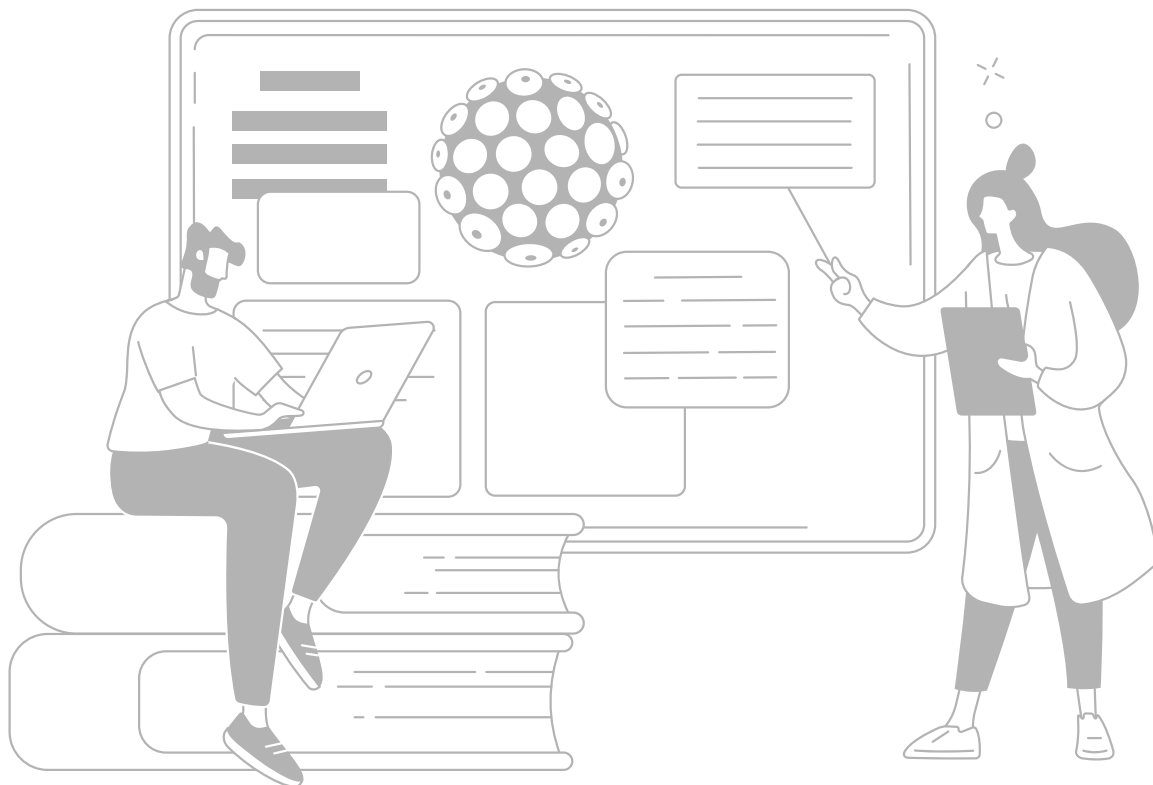
Il terzo appuntamento – quello odierno, ospitato ad Agordo – è dedicato a quello che ritengo il principale tema di sviluppo del momento: l'assistenza territoriale. Dopo la pandemia da Covid-19 è diventato evidente a tutti che la sopravvivenza del servizio sanitario dipende dall'efficienza dell'offerta territoriale. A questo si affianca il tema della promozione della salute: mantenere in buona salute i cittadini sani è oggi una priorità ineludibile, se non si vuole essere sopraffatti dalla questione demografica, la cui traiettoria appare difficilmente controllabile.

Il quarto e conclusivo appuntamento si terrà a Belluno, in una sede – probabilmente il Teatro Comunale – che consenta di affrontare con la giusta ampiezza i temi che ci attendono, guardando anche all'orizzonte olimpico del 2026.

Ringraziamenti

Desidero ringraziare i miei collaboratori, una squadra composta in gran parte da giovani, che hanno reso possibile l'organizzazione di questi eventi con competenza e dedizione. Un ringraziamento va a Luxottica, che ci ospita in uno degli ambienti più straordinari del territorio. Questa grande azienda ha dimostrato che è possibile raggiungere l'eccellenza mondiale anche partendo da un contesto apparentemente svantaggiato.

È un esempio che vale anche per noi: se Agordo è diventata capitale mondiale dell'occhialeria, possiamo aspirare a fare della nostra azienda sanitaria un riferimento di eccellenza nella sanità di montagna. Un ringraziamento alla Municipalità, che ha seguito il percorso con attenzione, a Motore Sanità per il supporto organizzativo, e a tutti coloro che hanno contribuito sul piano economico alla realizzazione di questi eventi.



I SALUTI DELLE AUTORITÀ

| Roberto Chissalè – Sindaco di Agordo

Porgo un caloroso saluto a tutti i presenti a nome mio e dell'intera amministrazione comunale. Che un evento di questa portata – formativo, qualificato e, ci auguriamo, genuinamente innovativo – si tenga ad Agordo è motivo di orgoglio e di soddisfazione. Confido che le relazioni e il confronto di questa giornata possano contribuire a individuare nuove modalità di gestione della sanità di montagna, traducendosi in orientamenti concreti per il futuro.

UN LUOGO E UNA FIGURA CHE MERITANO DI ESSERE RICORDATI

Essere ospitati nel PalaLuxottica offre l'occasione di ricordare la figura del Cavaliere Leonardo Del Vecchio, fondatore di Luxottica e artefice di questa straordinaria struttura. È doveroso associare al suo nome non soltanto l'imprenditore di fama mondiale, ma anche il cittadino che dedicò parte della propria vita alla comunità che lo accolse oltre sessant'anni fa: fu Presidente dell'Ospedale Civile di Agordo nel 1975, Consigliere Comunale, protagonista del-

la nascita dei poli funzionali locali e, più recentemente, promotore dell'ammodernamento della casa di riposo di Taibon. Una figura così illuminata conferisce alla giornata odierna un significato ulteriore, che va oltre i contenuti tecnici degli interventi.

LE CONDIZIONI PER LA SOPRAVVIVENZA DELLA MONTAGNA

Il territorio che questa giornata mette al centro – il 20% della superficie veneta, abitato da meno del 5% della popolazione regionale – pone con urgenza una questione che non è solo sanitaria. Se si vuole contrastare lo spopolamento della montagna e rendere questi luoghi vitali e abitabili, è necessario affrontare con determinazione e in modo integrato i temi della sanità, della scuola e del lavoro. Nessuno di questi pilastri può essere trascurato senza compromettere gli altri. In questo quadro, il presidio ospedaliero di Agordo e i servizi che esso eroga rappresentano un elemento irrinunciabile per la tenuta della comunità locale. L'auspicio è che questa giornata generi idee e spunti su cui lavorare concretamente, affinché

vivere in montagna significhi anche poter contare su un servizio sanitario e sociale di qualità reale, e non di serie minore.

Danilo De Toni – *Rappresentante della Comunità Montana*

Esprimo particolare soddisfazione per questa iniziativa, avviata sul territorio e alla quale ho avuto modo di partecipare fin dalle sue origini. Il confronto tra realtà diverse rappresenta una necessità ineludibile per qualsiasi sistema sanitario che aspiri al miglioramento continuo. Una sanità efficiente costituisce un fattore determinante per l'attrattività dei territori montani: non soltanto nei confronti dei flussi turistici, ma soprattutto per la popolazione residente, la cui stabilizzazione è condizionata dalla disponibilità di servizi essenziali, tra cui la scuola e la sanità.

IL VALORE DELLO SCAMBIO CON ALTRE REGIONI

L'evento ha offerto l'opportunità di un confronto diretto con esperienze maturate in altre regioni. Da tale raffronto è emerso che, in alcuni ambiti specifici, il nostro sistema si colloca in una posizione d'avanguardia, con pratiche e soluzioni che potrebbero rappresentare un ri-

ferimento per altri contesti. Al tempo stesso, l'interazione con realtà diverse ha consentito di acquisire conoscenze e prospettive utili al nostro percorso di sviluppo. Questi scambi tecnici interregionali costituiscono occasioni di crescita imprescindibili, e ritengo doveroso ringraziare l'ULSS per il lavoro organizzativo svolto.

Oscar De Pellegrin – *Presidente della Conferenza dei Sindaci*

Partecipo a questi incontri per la terza volta, e tale ricorrenza testimonia l'importanza che attribuisco a questi momenti di confronto sul territorio. La realizzazione di quattro appuntamenti annuali rappresenta un impegno organizzativo considerevole e una concreta dimostrazione della capacità dell'azienda di centrare gli obiettivi prefissati.

IL DIRITTO ALLA SALUTE COME OBIETTIVO COMUNE

In qualità di Presidente della Conferenza dei Sindaci, desidero offrire alcune riflessioni e indicare possibili direttrici di lavoro. L'obiettivo che accomuna tutti gli attori coinvolti è garantire a ciascun cittadino la possibilità di accedere ai servizi sanitari, indipendentemen-

te dal luogo di residenza, poiché il diritto alla salute è universale e imprescindibile. Le situazioni territoriali presentano tuttavia notevoli differenze. Nelle grandi città, le strutture sanitarie sono organizzate per rispondere efficacemente alle esigenze di una popolazione numerosa e concentrata. In montagna, invece, ci si confronta con difficoltà strutturali: territori vasti, fenomeni di spopolamento, bassa densità abitativa. In tali contesti il modello urbano non risulta applicabile. Questi incontri devono pertanto servire a individuare modalità innovative per adattare l'offerta sanitaria, garantendo a tutti la fruizione dei servizi essenziali di cui la sanità, la scuola e il settore sociale costituiscono i pilastri fondamentali.

DUE DIRETTRICI DI INTERVENTO

Le risposte alle criticità esistenti possono svilupparsi lungo due direttrici principali. La prima riguarda l'innovazione: è necessario sperimentare nuove modalità di accesso ai servizi sanitari nelle zone montane, assicurando al contempo una copertura efficace. I confronti avviati nei precedenti appuntamenti devono tradursi, nell'incontro conclusivo, in indicazioni operative concrete, affinché questi incontri non risultino fini a sé stessi ma producano effettivi miglioramenti.

La seconda direttrice concerne il personale sanitario, elemento imprescindibile per la realizzazione di qualsiasi strategia. Le difficoltà nel reperire medici, infermieri, operatori socio-sanitari e altre figure professionali sono ben note e condivise da tutte le aziende sanitarie, così come dalle RSA. È necessario interrogarsi sull'attrattività dell'offerta formativa e lavorativa del territorio. Nonostante l'impegno delle conferenze dei sindaci nella promozione di corsi per operatori socio-sanitari, la copertura dei posti disponibili rimane insufficiente. Occorre dunque verificare se le criticità risiedano nella struttura dei corsi, nelle aspettative dei giovani o in altri fattori, e individuare soluzioni per rendere tali percorsi più appetibili. Anche i corsi infermieristici attivati sul territorio – realtà di eccellenza che merita di essere sostenuta e potenziata – registrano una mancata copertura totale dei posti disponibili.

UN IMPEGNO COLLETTIVO

Il raggiungimento di risultati concreti non può essere delegato al solo sistema sanitario: richiede un lavoro di squadra in cui siano coinvolti cittadini, amministratori, azienda sanitaria, Regione e il tessuto del volontariato locale. Senza il contributo delle associazioni di volontariato,

molti dei servizi attualmente erogati non sarebbero possibili. Anche il singolo cittadino può offrire un apporto prezioso in termini di idee e proposte costruttive. Questi momenti di confronto non sono finalizzati alla raccolta di critiche, bensì all'elaborazione di una visione condivisa e all'individuazione di soluzioni innovative. Nonostante le criticità, il nostro sistema sanitario funziona e rappresenta un modello di riferimento. Il merito va a tutti gli operatori – medici, infermieri, personale socio-sanitario – che quotidianamente si dedicano con impegno alla comunità. È fondamentale coltivare un autentico senso di comunità: solo così sarà possibile garantire servizi adeguati, favorire la vitalità delle zone montane ed evitare uno spostamento eccessivo verso i centri urbani, che risulterebbe insostenibile. L'auspicio è che dall'incontro conclusivo emergano indicazioni operative da perseguire con determinazione e spirito di squadra.

| Antonello Rocco Bertone – Prefetto di Belluno

Il tema al centro di questo convegno – il diritto alla salute – è un diritto costituzionalmente garantito, che si affianca ad altri diritti inviolabili, quale il diritto al lavoro. Tali diritti de-

vono essere preservati, mantenuti e garantiti universalmente.

LE SPECIFICITÀ DEL CONTESTO MONTANO

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

ATTRATTIVITÀ TERRITORIALE E DISPONIBILITÀ DI PERSONALE

A tali criticità si somma la scarsa attrattività delle zone montane, dovuta in particolare alla difficoltà di reperire alloggi, che ostacola il reclutamento di nuove figure professionali – medici e operatori sanitari – indispensabili per il mantenimento di un'assistenza di qualità. È pertanto necessario perseguire soluzioni innovative, garantire la permanenza dei re-

sidenti e attrarre nuove generazioni, così da continuare a tutelare i diritti inviolabili sanciti dalla Costituzione.

| Renato Marangoni – Vescovo di Belluno

Un'esperienza apparentemente marginale – l'incrocio, lasciando la città, con un mezzo dei Vigili del Fuoco e, poco dopo, con un'ambulanza – ha rinnovato in me la consapevolezza di quanto profondo sia il significato della parola «salute» e di quante implicazioni essa rechi con sé. Esprimo, anche a nome delle realtà ecclesiali del territorio, la più sincera gratitudine per l'impegno profuso in questo ambito.

UNA DICHIARAZIONE DI INTERESSE SUL TEMA

Desidero dichiarare il mio personale coinvolgimento su ciascuna delle tre parole che compongono il tema di questo incontro. La salute si rivela, giorno dopo giorno, una realtà in continua evoluzione, che invita a compiere sempre nuovi passi e a scoprire aspetti inediti. Su questa parola si innesta una domanda di serenità che nasce dal profondo: l'esperienza diretta di una visita medica ha confermato quanto il semplice dialogo con il medico possa di per sé infondere benessere. Vi è dunque qualcosa di

prezioso da coltivare, che va al di là della dimensione strettamente clinica.

Il concetto di «oltre» rimanda alla consapevolezza che non tutto è sotto il nostro controllo: esiste sempre una dimensione ulteriore che richiama a un'attenzione e a una cura costanti. Infine, la città non può essere pensata separatamente dal territorio che la circonda: non esiste centro senza periferia, né città senza il suo «oltre».

IL VALORE DELLA COMUNITÀ

La parola «comunità», che ricorre frequentemente nel dibattito su questi temi, appare decisiva. Se non si costruisce insieme la comunità, giorno dopo giorno, non è possibile comprenderne appieno il significato, né cosa rappresentino le case della comunità, gli ospedali della comunità, o la comunità stessa come forma di vita condivisa. È una domanda aperta, su cui è importante confrontarsi senza semplificazioni.

Anche la Chiesa è chiamata a ripensare il proprio ruolo in questo contesto: le risorse umane scarseggiano, ma la vicinanza e la prossimità restano elementi indispensabili per il senso di comunità, così come la condivisione di un destino comune in cui ciascuno può offrire il proprio contributo.

L'ASCOLTO COME STRUMENTO DI MIGLIORAMENTO

L'iniziativa di incontrare i parroci su tutto il territorio si inserisce in questa logica: l'ascolto reciproco tra istituzioni sanitarie e realtà locali migliora l'offerta dei servizi. Un'offerta evolve quando chi la eroga e chi la riceve si ascoltano

vicendevolmente, e questo vale tanto per la sanità quanto per ogni altra forma di servizio alla persona.



INTRODUZIONE

Giuseppe Dal Ben – *Commissario Straordinario*
ULSS 1 Dolomiti

Questi incontri sono finalizzati a comprendere la realtà in cui operiamo, a valutarne il posizionamento rispetto ad altre esperienze e a individuare le soluzioni più idonee per garantire servizi omogenei e uniformi sul territorio. La terza tappa di questo percorso è dedicata al tema del territorio.

IL QUADRO NORMATIVO NAZIONALE

Nel corso di quest'anno, parallelamente al progredire degli incontri, sono stati pubblicati importanti documenti a livello nazionale: il Libro Bianco sulla Montagna e il disegno di legge sulla montagna, attualmente in fase di sviluppo legislativo.

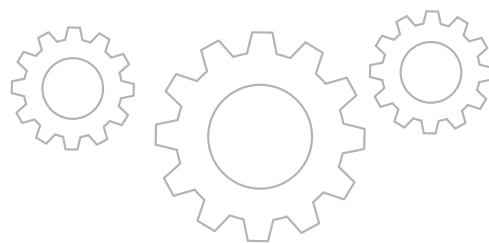
L'articolo 6 di tale disegno di legge è dedicato specificamente alla sanità, sottolineando la necessità di riconoscere una specificità alla sanità di montagna, sia per quanto concerne i professionisti che vi operano, sia per quanto riguarda i servizi erogati in questo contesto.

LE SFIDE DEL TERRITORIO MONTANO

Come già emerso nei precedenti appuntamenti, il tema dell'invecchiamento e dello spopolamento è particolarmente rilevante nelle aree montane, non soltanto in Veneto, ma anche in altre regioni. Accanto alle realtà montane, esistono inoltre territori caratterizzati da una distribuzione diffusa e non concentrata della popolazione, che necessitano di servizi organizzati secondo modalità peculiari, non riducibili ai modelli pensati per i contesti urbani.

LA VISIONE REGIONALE

L'intervento introduttivo affidato alla Direzione della Sanità della Regione Veneto offrirà una panoramica sulle linee guida regionali in materia di assistenza territoriale, fornendo il quadro di riferimento entro cui si inscrivono le riflessioni di questa giornata.



PRIMA SESSIONE

ALLE RADICI DELLA RESILIENZA: AVVICINANDOCI ALLA MEDICINA DEL TERRITORIO

*Moderatrice: **Maria Caterina De Marco**, Direttore Sanitario ULSS 1 Dolomiti*

LE STRATEGIE REGIONALI PER LO SVILUPPO DELLA NUOVA SANITÀ TERRITORIALE

***Massimo Annicchiarico** – Direttore Generale Area Sanità e Sociale, Regione del Veneto*

La Regione Veneto ha avviato nell'aprile 2023 un percorso di programmazione partecipata finalizzato a sviluppare in maniera omogenea, ma non uniforme, i contenuti di due grandi interventi: uno di carattere normativo, il DM 77, l'altro di carattere economico-amministrativo, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Il modello adottato ha previsto una componente top-down di indirizzo regionale e una componente bottom-up di elaborazione territoriale, attraverso gruppi di lavoro denominati «cantieri». La prima fase, conclusasi nel giugno 2024, ha prodotto i «cantieri 1.0»; l'attuale fase dei

«cantieri 2.0» è dedicata alla realizzazione operativa degli interventi programmati.

GLI ATTI NORMATIVI E LA PROGRAMMAZIONE REGIONALE

Nel corso del 2024 la Regione ha formalizzato diversi atti di programmazione attraverso specifiche delibere, disciplinando pressoché tutti gli ambiti previsti dal DM 77: la farmacia dei servizi e lo sviluppo professionale dell'infermieristica di famiglia e di comunità, per la quale il Veneto è stata la prima regione italiana a definire chiaramente l'intero percorso formativo. L'unico atto deliberativo ancora mancante riguarda il modello operativo delle case di comunità, ambito su cui è in corso una riflessione che riguarda non tanto la costruzione degli edifici, quanto la loro animazione e il ruolo che tali strutture possono svolgere al di là della dimensione fisica.

IL NUMERO UNICO EUROPEO 116-117 E L'INNOVAZIONE NELL'ACCESSO AI SERVIZI

Nel novembre scorso il Ministero della Salute

ha approvato formalmente il progetto del numero unico europeo 116-117, riconoscendone la piena aderenza allo spirito originario dell'iniziativa: garantire ai cittadini un punto di riferimento telefonico certo, sul modello di quanto avviene dal 1992 con il 118 per le emergenze. L'obiettivo è semplificare i canali di accesso, evitando la proliferazione di numeri e sportelli che disorientano il cittadino, e fare in modo che poche porte di accesso, chiare e ben identificate, conducano tutte alla risposta desiderata. Il modello partirà in via sperimentale nel territorio di Bassano del Grappa, per ragioni legate al distretto telefonico, e a regime si articolerà su tre centrali operative. L'impostazione di fondo è che non siano i cittadini a dover ricomporre da soli i propri bisogni, ma il sistema a farlo per loro.

LA FARMACIA DEI SERVIZI COME PRESIDIO TERRITORIALE

In territori a bassa densità abitativa, dove la prossimità rappresenta un elemento essenziale, la farmacia dei servizi costituisce un presidio di particolare rilevanza. Le sperimentazioni avviate in alcuni territori già attivi saranno progressivamente estese. La farmacia dei servizi non è concepita unicamente come luogo di prevenzione – screening del colon retto,

riconciliazione farmacologica, screening delle patologie metaboliche – ma come erogatore di servizi a piena dignità all'interno del sistema sanitario pubblico. L'obiettivo è superare l'attuale assetto progettuale, finanziato con fondi specifici, e integrare stabilmente le farmacie nell'offerta sanitaria pubblica, con pieno riconoscimento istituzionale.

LA TELEMEDICINA COME STRUMENTO COMPLEMENTARE

La telemedicina rappresenta un ambito di grande rilevanza per tutti i territori, e in particolare per quelli caratterizzati da difficoltà logistiche legate agli spostamenti. È tuttavia fondamentale chiarire che si tratta di uno strumento complementare all'attività in presenza, che nessuna tecnologia può sostituire. La relazione diretta tra professionista sanitario e paziente rimane insostituibile. Al tempo stesso, sarebbe ingiustificato non valorizzare le potenzialità offerte dai dispositivi digitali oggi disponibili, che possono arricchire trasversalmente tutte le forme di assistenza territoriale: le farmacie dei servizi, l'assistenza domiciliare integrata, le case di comunità, gli ospedali di comunità, le forme associative della medicina generale, e alimentare il fascicolo sanitario elettronico 2.0.

L'ASSISTENZA DOMICILIARE E LA PRESA IN CARICO DEI SOGGETTI FRAGILI

Le persone con patologie croniche multiple, non autosufficienti, con disabilità o anziane in nuclei familiari monocomponente rappresentano la sfida prioritaria per qualsiasi sistema sanitario. In questo quadro si colloca lo sviluppo dell'assistenza domiciliare, perseguito non in termini di numero di ore erogate, ma di qualità dell'attività svolta, sia in ambito di cronicità sia in ambito di cure palliative. Le tecnologie domiciliari possono supportare il monitoraggio delle condizioni di salute del cittadino e la trasmissione a distanza delle informazioni cliniche. La Regione Veneto, insieme all'Emilia-Romagna, ha già raggiunto il target PNRR relativo alla percentuale di ultra 65enni presi in carico; l'attenzione si concentra ora sulla qualità degli interventi e sulla loro capacità di migliorare concretamente la vita del cittadino, della sua famiglia e dei caregiver.

LE CASE DI COMUNITÀ E GLI INFERMIERI DI FAMIGLIA

Delle 69 case di comunità previste, 62 sono attualmente operative, alcune pienamente conformi ai requisiti del DM 77, altre ancora in fase di completamento. Il tema richiede una riflessione

complessiva sul concetto di comunità, prima ancora che sulle strutture fisiche che la ospitano. Per quanto riguarda gli infermieri di famiglia e di comunità, è in corso la formazione a livello regionale con l'obiettivo di costruire un servizio strutturato: non si tratta di attribuire un ruolo a singole figure, ma di trasmettere questa logica di prossimità e presa in carico all'intera professione infermieristica, compresa quella operante nelle forme associative della medicina generale. L'obiettivo è farne un patrimonio culturale condiviso, non una semplice qualifica.

LA TRASFORMAZIONE DIGITALE: OPPORTUNITÀ E SFIDE

La trasformazione digitale non consiste nella mera applicazione di strumenti informatici alla sanità, ma in una vera e propria trasformazione del servizio sanitario pubblico, che modifica il rapporto tra erogazione dei servizi, modalità di lavoro dei professionisti e percezione dei cittadini. Per i territori montani questa trasformazione implica interventi su più livelli: dall'infrastruttura tecnologica – la connettività in fibra ottica per tutti – al contrasto del divario digitale culturale, affinché i cittadini non nativi digitali abbiano le stesse possibilità di accesso e comprensione degli strumenti. Il digitale non deve

diventare una nuova forma di discriminazione, ma uno strumento per superare le barriere di equità esistenti. L'agenda digitale si articola attorno a due dimensioni fondamentali: la costruzione di connessioni significative tra persone e tra persone e tecnologie, e un approccio human-centered che ponga l'individuo al centro del sistema, valorizzandone le componenti personali attraverso gli strumenti digitali.

IL PATTO INTERGENERAZIONALE E LA SOSTENIBILITÀ DEL SISTEMA

Con il 22-23% della popolazione oltre i 65 anni e una prospettiva in cui un individuo su tre sarà portatore di almeno una patologia cronica, la sfida della sostenibilità è ineludibile. Questo dato non deve tuttavia essere letto come un peso: è possibile vivere con le patologie croniche, lavorare, contribuire alla comunità, fare prevenzione secondaria e investire in un invecchiamento in salute. Le generazioni più giovani sono chiamate a sostenere questo patto attraverso il volontariato, il terzo settore e il welfare generativo di prossimità. I servizi sanitari non possono rispondere da soli a tutti i bisogni: i caregiver informali svolgono spesso un ruolo insostituibile proprio perché operano al di fuori della logica sanitarizzata. La complementari-

tà tra assistenza formale e informale rappresenta la strada più efficace.

VERSO UN SISTEMA HUMAN-CENTERED

La sfida più rilevante è costruire un ecosistema digitale territoriale integrato, capace di fornire in tempo reale informazioni utili tanto ai professionisti quanto ai cittadini, favorendone il coinvolgimento attivo nella gestione della propria salute. Mantenere l'eccellenza del sistema sanitario veneto – eccellenza che include la sostenibilità – richiede investimenti continui sulle risorse umane, sulle infrastrutture e sulle tecnologie. Il sistema salute si costruisce nella misura in cui la comunità comprende il proprio ruolo di protagonista e diventa essa stessa un bene comune: un servizio autenticamente human-centered, centrato insieme sull'individuo e sulla collettività.

COMUNITÀ IN RETE PER LA SALUTE E LA SANITÀ DELLE AREE INTERNE

Silvio Brusaferrò – Ordinario di Igiene, Università di Udine; già Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità

Il punto di partenza è una riflessione sul concetto stesso di salute. Affermare che si può

stare bene pur essendo portatori di patologie croniche significa riconoscere che salute e malattia non sono i due estremi di una medesima retta. Lo star bene ha a che fare sempre più con la capacità di adattamento: come è possibile vivere con determinate condizioni, grazie alla tecnologia, alle conoscenze e alle reti sociali, mantenendo il benessere. La capacità di adattamento e di autogestione – che potremmo definire anche resilienza – rappresenta oggi uno degli obiettivi centrali che tutti i sistemi sanitari stanno perseguendo.

L'ESPOSOMA E L'INTERAZIONE CON L'AMBIENTE

Un secondo tema fondamentale è quello dell'esposoma: un concetto unitario che mette insieme le caratteristiche biologiche dell'essere umano – le cosiddette «omiche» (genomica, metabolomica, proteomica) – con l'interazione con l'ambiente esterno, inteso in senso ampio: l'ambiente fisico, il rumore, l'alimentazione, i comportamenti. L'esito in termini di salute è sempre il risultato di un equilibrio che si costruisce dal livello molecolare fino al livello di comunità.

Ragionare in termini di comunità e di equilibrio sistemico diventa una necessità, senza la qua-

le si rischia un'interpretazione eccessivamente meccanicistica della medicina, orientata a risolvere ogni singolo problema isolato dal contesto. I geni influenzano una parte minoritaria della nostra salute: i comportamenti sono largamente più determinanti, e agiscono sulla genetica attraverso l'epigenomica. Le esposizioni e le abitudini di vita possono facilitare l'espressione di alcuni geni piuttosto che di altri, rendendo il patrimonio genetico non un destino fisso ma un sistema dinamico.

I DETERMINANTI DELLA SALUTE E LA PREVENZIONE

I fattori che determinano la salute sono ben noti: gli spazi verdi, la qualità ambientale, i trasporti, gli alloggi, l'occupazione, i comportamenti e gli stili di vita. La prevenzione non è un momento puntuale – non si riduce allo screening, pur importante – ma è un approccio che accompagna l'intera esistenza, dalla nascita fino alla fine della vita, e comprende vaccinazioni, screening, attività fisica e molto altro. I singoli atti preventivi vanno letti come parte di uno stile di vita che dipende in larga misura da come una comunità si organizza.

Dal punto di vista economico, investire in prevenzione offre il rendimento più elevato tra tut-

ti gli interventi sanitari: per ogni euro investito si stimano quattordici euro di ritorno. Tuttavia questo ritorno è spesso invisibile o dato per scontato, e ciò ne ostacola la valorizzazione. La maggior parte dei determinanti della prevenzione non riguarda strettamente la sanità, ma le modalità con cui, come comunità, si decide di organizzare la vita collettiva.

IL BENESSERE MENTALE E LA SOLITUDINE

Il benessere mentale rappresenta oggi una delle sfide più rilevanti per i sistemi sanitari. A livello individuale, il livello di autostima influenza pesantemente la percezione del benessere: la salute non può essere ridotta al risultato di un esame clinico, perché come ci si sente soggettivamente ha un peso autonomo e spesso determina il ricorso ai servizi, anche per bisogni che non sono strettamente sanitari.

Un tema di crescente urgenza è la solitudine. Il progressivo invecchiamento della popolazione e la riduzione dei nuclei familiari a mononuclei proiettano, al 2040, circa quattordici-quindici milioni di persone sole. Chi vive in condizione di isolamento sociale presenta una qualità della vita più bassa, una minore aspettativa di vita e una maggiore probabilità di sviluppare patologie e di ricorrere ai servizi sanitari. La solitudi-

ne non è solo il risultato di attitudini personali: è anche l'esito di come si organizza la vita collettiva e di quanto la comunità sia in grado di andare incontro alla persona isolata, creando opportunità di connessione.

IL CAPITALE SOCIALE E LA FIDUCIA

Il capitale sociale – inteso come fiducia negli altri e nelle istituzioni – è un determinante di salute a tutti gli effetti. Durante la pandemia, le comunità con maggiore fiducia nelle autorità pubbliche hanno risposto in modo più efficace. Costruire fiducia significa farlo nei rapporti quotidiani con le persone vicine, con le amministrazioni locali, con i servizi: significa rendersi disponibili per il volontariato, sapere di poter contare sui vicini in caso di bisogno. Costruire capitale sociale significa costruire salute, anche se il nesso non è immediatamente visibile. La salute pubblica si definisce precisamente come prevenzione delle malattie e prolungamento della vita attraverso sforzi organizzati e scelte informate della società: è uno sforzo collettivo, che richiede partecipazione e coprogettazione.

LE COMUNITÀ, I BISOGNI DI SALUTE E LE RETI DI PROSSIMITÀ

Nelle comunità coesistono due dinamiche: la

coesistenza e la convivenza. La coesistenza implica il riconoscimento reciproco senza necessariamente un impegno solidale; la convivenza implica il lavorare insieme. Le due dimensioni non sono alternative ma complementari: si lavora bene insieme nella misura in cui si riconosce e valorizza la diversità. Le diversità presenti nelle comunità rappresentano il primo passo per ridurre la solitudine e l'isolamento sociale. I bisogni di salute si articolano in bisogno percepito, bisogno espresso, bisogno riconosciuto e bisogno non percepito. Non sempre il disagio viene identificato correttamente, né dai diretti interessati né dai servizi: spesso a fronte di un bisogno di natura sociale, psicologica o economica si attiva uno sportello sanitario inappropriato. L'analisi del bisogno di salute deve pertanto tenere conto dei bisogni percepiti, di quelli non percepiti e di quelli non espressi, a livello individuale, locale e di distretto.

Un esempio significativo è la mappatura delle reti relazionali degli anziani soli: una volta ricostruita la rete di prossimità di una persona fragile – le abitudini quotidiane, i punti di riferimento nel vicinato, i luoghi frequentati – l'infermiere di comunità o il medico di medicina generale dispone di uno strumento per monitorare il benessere in modo non invasivo e at-

tivare tempestivamente la rete di supporto in caso di anomalie. Questa rete – composta da vicini di casa, volontari, figure religiose di riferimento, professionisti sanitari – tutela la salute della persona fragile in modo complementare e spesso più efficace di quanto un servizio formale potrebbe fare da solo.

La tecnologia amplia oggi il concetto di prossimità, consentendo il monitoraggio a distanza e i sistemi di allerta. Tali strumenti funzionano tuttavia solo se affiancati dalla prossimità fisica: la tecnologia non sostituisce la presenza, la integra. Il concetto di rete diventa il punto chiave di lettura delle comunità: la sanità ne è parte integrante, ma la manutenzione delle reti – il recupero del nodo isolato, la sua reintegrazione nel sistema – richiede uno sforzo organizzato e continuo.

CONCLUSIONI: INVESTIRE IN CAPITALE SOCIALE PER LA SALUTE DELLE COMUNITÀ

La traiettoria di vita di una persona anziana fragile – se potrà tornare a casa propria dopo un episodio acuto, o dovrà essere istituzionalizzata – dipende in larga misura dalla qualità della rete che la circonda. Costruire reti sociali di partecipazione è pertanto un investimento in salute a tutti gli effetti, così come

il ricambio generazionale nella cultura del servizio alla comunità. Il volontariato genera salute non soltanto in chi lo riceve, ma anche in chi lo pratica: offre motivazione, attività, relazione.

La fragilità è spesso, prima di tutto, una fragilità della micro-rete di prossimità. Intorno al bisogno di salute di ogni individuo esiste una rete di persone che entra in sofferenza quando quella persona è in sofferenza. L'obiettivo non è eliminare la disabilità o la cronicità, ma costruire intorno ad esse uno scheletro di supporto – fatto di persone, vicinato e tecnologie – capace di mantenere il più a lungo possibile l'autonomia e la socialità della persona. Attualmente la gran parte delle risorse sanitarie è assorbita dalla medicina riparativa. Il 5% destinato alla prevenzione va letto in senso più ampio, comprendendo tutto ciò che contribuisce alla salute al di là della sanità in senso stretto. Dove si collocano gli incentivi, lì si ottengono i risultati: incentivare le relazioni sociali, i momenti di aggregazione e l'aiuto reciproco significa investire in capitale sociale con un ritorno elevatissimo per ogni euro impiegato. Il benessere individuale e quello collettivo non sono disgiunti: una comunità in cui le persone stanno bene è una comu-

nità attrattiva, capace di investire i trend di spopolamento e di costruire un futuro sostenibile per i propri territori.

OLTRE LA FABBRICA: COMMUNITY BUILDING COME LEVA STRATEGICA

Giuseppe De Castro – *Coordinatore Iniziative Welfare, EssilorLuxottica*

Intervengo in questa sede in rappresentanza dell'azienda che ha reso possibile questo incontro e che mette a disposizione della comunità gli spazi in cui ci troviamo. Il concetto stesso di comunità e di welfare di comunità appartiene al DNA di EssilorLuxottica fin dalle sue origini. Ricordando i nomi del Cavaliere Del Vecchio e del Cavaliere Francavilla, desidero evocare lo spirito con cui questa realtà è nata 63 anni fa. Ebbi il privilegio di conoscere il Cavaliere Del Vecchio, e ricordo una sua frase pronunciata in occasione del cinquantesimo anniversario dell'azienda: arrivando in elicottero e guardando dall'alto ciò che era stato costruito, disse quasi commosso: «Guarda che cosa ho combinato», consapevole di aver creato qualcosa che andava oltre le stesse sue aspettative. Sono consapevole di rappresentare, in questo

contesto di esperti, una figura anomala: non sono un addetto ai lavori del settore sanitario. Ritengo tuttavia utile offrire alcune coordinate sul contesto aziendale e sul mio percorso professionale, prima di entrare nel merito del tema che mi è stato affidato.

IL CONTESTO AZIENDALE

EssilorLuxottica conta oggi 200.000 dipendenti nel mondo, è presente in 180 paesi e annovera 150 brand. In Italia la forza lavoro è di circa 20.000 persone, distribuite tra produzione, funzioni corporate e retail. Di queste, 10.000 operano nel territorio bellunese, che costituisce pertanto una delle presenze più significative del Gruppo nel Paese. L'azienda è oggi una società di diritto francese, quotata alla Borsa di Parigi, con headquarter a Parigi, Milano e Agordo. Proprio ad Agordo ha sede l'headquarter mondiale delle Operations, che coordina oltre 70.000 persone a livello globale.

Ho la fortuna di lavorare in questa azienda da quasi vent'anni. I primi sette li ho trascorsi qui, ad Agordo, occupandomi di risorse umane: ho vissuto il territorio, me ne sono innamorato e ho compreso perché i fondatori – non autoctoni – si sentissero qui più a loro agio che altrove. Ho poi maturato esperienze in Cina e negli

Stati Uniti, rientrando in Italia due mesi prima dell'esplosione della pandemia da Covid-19. Attualmente ricopro per il Gruppo EssilorLuxottica la responsabilità del welfare e delle relazioni industriali.

È significativo che, digitando la parola «welfare» in un motore di ricerca italiano, il nome Luxottica compaia in modo sistematico tra i primi risultati. Si tratta di un'eccellenza riconosciuta, che rappresenta per me un privilegio, ma anche una responsabilità considerevole e un imperativo costante di innovazione.

LE RADICI STORICHE E IL WELFARE DI ULTIMA GENERAZIONE

Il 2009 rappresenta la data di nascita del welfare aziendale nella sua forma più strutturata e moderna. In quell'anno l'azienda sottoscrisse un protocollo d'intesa con le parti sindacali, dando vita a un sistema organico che prevede comitati, comitati tecnico-scientifici e commissioni articolate a livello di stabilimento. Fu la conferma di una consapevolezza già matura: il welfare è una materia viva, non statica, poiché riflette l'evoluzione rapida della società.

Questo salto di qualità fu possibile perché le radici erano già presenti nel DNA aziendale. EssilorLuxottica ha garantito la mensa gratuita a

tutti i dipendenti fin dalla sua fondazione. Oggi quella mensa è gestita con chef di livello internazionale, secondo criteri di prevenzione nutrizionale, valorizzazione del territorio e filiera corta – una mensa 4.0, per usare un’espressione contemporanea – ma il principio originario era già inscritto nella visione dei fondatori.

Fare welfare in modo efficace richiede analisi strutturate dei dati: non è possibile procedere per intuito. È necessario un sistema organico capace di costruire reti e relazioni con tutti gli stakeholder, interni ed esterni all’azienda.

LA COMPLESSITÀ DEI BISOGNI CONTEMPORANEI

Ogni volta che si identifica un’iniziativa di welfare, ci si confronta con una frammentazione crescente dei bisogni. Non esiste la soluzione universale per definizione. La comunità è tale proprio perché riconosce la centralità dei singoli individui e la varietà delle loro condizioni: single, coppie, famiglie con più o meno figli, diverse configurazioni di nucleo familiare, residenti e non residenti sul territorio. Tutte queste dimensioni devono essere armonizzate in una logica coerente.

Trovare l’algoritmo perfetto è impossibile; quello che ci proponiamo è di procedere in

modo scientifico e strutturato. Ogni iniziativa risponde a un bisogno specifico, ma produce effetti collaterali – positivi o negativi – che si interrelazionano con il sistema più ampio.

La peculiarità del contesto bellunese merita una sottolineatura. Occupandomi di welfare a livello globale, sono consapevole che il termine abbia significati diversi nei differenti sistemi nazionali. Tuttavia, su 200.000 dipendenti nel mondo, non esiste una realtà comparabile a quella di Agordo, dove circa 5.000 dipendenti operano all’interno di una comunità di 4.000 abitanti. Quando cito questo dato in contesti internazionali, suscita stupore. Qui l’integrazione tra azienda e territorio è massima, e ogni iniziativa produce ricadute moltiplicative: utilizziamo convenzionalmente un coefficiente per cui un’azione rivolta a un dipendente produce un effetto stimato su tre persone del contesto comunitario circostante.

L’ANALISI GENERAZIONALE COME CHIAVE DI LETTURA

Per comprendere l’evoluzione dei bisogni, è necessario considerare un fenomeno inedito nella storia del lavoro: per la prima volta, quattro generazioni – con una quinta in arrivo – si confrontano simultaneamente nello stes-

so ambiente lavorativo. Abbiamo analizzato come ciascuna generazione si pone rispetto al lavoro e quali bisogni esprime, perché il nostro primo obiettivo è costruire comunità all'interno dell'azienda, per poi integrarla con quella esterna.

Le differenze di approccio sono profonde e si manifestano già nelle fasi di selezione. Oggi la prima domanda di un neoassunto riguarda le modalità di smart working: una questione che, per chi ha iniziato a lavorare prima della pandemia, semplicemente non esisteva. Le nuove generazioni si rapportano alla tecnologia in modo nativo e considerano impensabile operare in contesti in cui la connettività non consenta il lavoro da remoto. In un territorio come quello bellunese, con paesaggi di straordinaria bellezza, questo diventa un fattore concreto di retention: se le infrastrutture digitali non sono adeguate, anche l'attrattiva del luogo non è sufficiente a trattenere i talenti.

Stare fermi oggi equivale ad arretrare, poiché i cambiamenti si producono altrove e quando raggiungono il nostro contesto è spesso già troppo tardi per una risposta efficace. È quindi necessario anticipare o quanto meno intercettare tempestivamente le trasformazioni in atto.

I TASSI DI NATALITÀ E LA NUOVA DINAMICA DEL MERCATO DEL LAVORO

Un secondo fattore strutturale di cambiamento riguarda la demografia. Per garantire la stabilità di una popolazione è necessario un tasso di natalità pari a 2,1 figli per coppia. Nella generazione dei baby boomer il dato si attestava intorno a 2,5-2,8; oggi siamo scesi a 1,2-1,3. Sul piano aziendale, questo si traduce in un'inversione del rapporto tra domanda e offerta di lavoro.

Se all'inizio della mia carriera un candidato si trovava in concorrenza con decine di altri aspiranti, oggi chi si presenta a una selezione ha spesso tra le quattro e le sette offerte concorrenti da altre organizzazioni – soprattutto se è un profilo di valore. Un'azienda come EssilorLuxottica, con quartier generale mondiale ad Agordo, deve essere in grado di attrarre i migliori talenti non soltanto italiani ma internazionali: questo impone di ridefinire continuamente la propria proposta di valore come datore di lavoro.

Sul fronte del welfare, questa evoluzione ha prodotto un passaggio dalle soluzioni universali alla personalizzazione. Le prime iniziative – come il carrello della spesa, risposta concreta a bisogni economici di crisi – avevano una lo-

gica redistributiva ampia e inclusiva, e restano valide: le abbiamo estese anche ai fornitori e alle persone in condizione di bisogno. Ma oggi si va verso una polverizzazione dei bisogni in cui è quasi impossibile progettare un'iniziativa che risponda efficacemente a tutti.

SOSTENIBILITÀ ED ETICA COME DRIVER GENERAZIONALI

Nell'analisi della Generazione Z emerge con particolare evidenza come l'etica della sostenibilità – intesa in senso ampio: ambientale, lavorativa, comunitaria – sia diventata uno dei driver fondamentali nelle scelte di vita e di lavoro. Il senso di appartenenza a una comunità, in una società sempre più complessa e accelerata, assume un valore crescente. Se vogliamo attrarre giovani talenti, sia come azienda che come territorio, è necessario tenerne conto in modo esplicito e sistematico.

Le proiezioni interne indicano che, considerando le ultime due generazioni – che già oggi rappresentano oltre il 50% della popolazione aziendale – entro tre anni l'80% dei dipendenti apparterrà alla generazione dei Millennials o alla Generazione Z, con l'ingresso della generazione successiva. Agire adesso non è una scelta strategica facoltativa: è una necessità.

LA LOGICA STRATEGICA DEL WELFARE EVOLUTIVO

Al di là delle singole iniziative, il welfare deve essere animato da una logica strategica di evoluzione coerente. Nella sua prima fase si è configurato principalmente come sostegno al reddito, risposta a un bisogno economico. In una seconda fase ha assunto le caratteristiche del well-being, mettendo la persona al centro di un sistema integrato che considera l'insieme dei bisogni: lavoro, salute, benessere, svago, equilibrio psicologico. Ma anche questa dimensione, da sola, non è sufficiente.

Si aggiunge il welfare di comunità: una persona fortemente identificata con l'azienda ma distante dalla comunità territoriale – Agordo, il Bellunese – non trova quella coerenza tra le sfere della propria vita che è condizione di benessere autentico. Si apre così la dimensione della qualità del tempo e dello spazio: oggi il luogo di lavoro è in concorrenza diretta con lo spazio domestico e con il lavoro da remoto. La qualità degli ambienti, la cura della sicurezza, l'attenzione alla dimensione relazionale non sono opzioni accessorie, ma condizioni che consentono alle persone di lavorare meglio e produrre risultati di maggiore qualità.

In questo quadro, il tempo ha assunto una di-

menzione fluida. I bisogni individuali non si lasciano più incasellare in schemi predefiniti. Se un terzo della popolazione aziendale italiana lavora già in forme diverse di part-time – circa 3.000 persone – la settimana corta rappresenta un’ulteriore evoluzione: mentre il part-time tradizionale scambia tempo con retribuzione, la settimana corta tenta di coniugare il bisogno di tempo con quello economico, senza costringere a una rinuncia.

Questi elementi non vanno intesi come iniziative separate, ma come cerchi concentrici di una stessa logica: ogni intervento di welfare che progettiamo deve contenere e attraversare tutte queste dimensioni.

IL SENSO DI APPARTENENZA E IL RUOLO DELLA RETE

Una delle aree in cui EssilorLuxottica investe con maggiore convinzione è quella dell’appartenenza, che ha un valore antropologico profondo. In una società sempre più difficile da interpretare, sempre più rapida nei suoi cambiamenti, in cui l’individuo sperimenta spesso isolamento e disorientamento sul significato del lavoro e delle relazioni, sentirsi parte di una comunità diventa una risorsa fondamentale. Sul versante sanitario – che per la realtà di un’a-

zienda come la nostra è di primaria importanza – l’esperienza più significativa resta quella della pandemia. In collaborazione con il Ministero della Salute, l’azienda installò qui ad Agordo una linea di produzione di mascherine: i nostri ingegneri passarono dalla fabbricazione di occhiali a quella di dispositivi di protezione, non per uso interno ma per l’intera comunità nazionale, con forniture destinate alla distribuzione ministeriale su tutto il territorio italiano. Analogamente, i nostri stabilimenti furono coinvolti nella rete degli hub vaccinali, ben oltre la sola sede di Agordo.

Non ho la presunzione di indicare soluzioni. Credo, però, che la costruzione di reti solide tra aziende, territorio, mondo accademico e istituzioni sia la condizione necessaria per affrontare sfide sempre più complesse. Questi rapporti non sono un ornamento del sistema: ne sono l’infrastruttura.

| Moderatore

L’intervento del Dottor De Castro, ricco di spunti che risuonano con le sfide che anche la nostra organizzazione si trova ad affrontare, conferma come il concetto di comunità emerga quale filo conduttore di tutte le iniziative

illustrate. Il benessere collettivo si costruisce attraverso azioni coerenti e sistemiche. Anche la nostra organizzazione si è interrogata sulla necessità di apprendere il linguaggio delle nuove generazioni e di avvicinarsi a esse con uno spirito rinnovato, prestando attenzione alle loro esigenze specifiche. È evidente che i giovani attribuiscono un peso crescente al tempo rispetto all'attività lavorativa in senso stretto: per divenire attrattivi sarà necessario introdurre sistemi che, pur non potendo eguagliare quelli di EssilorLuxottica – in ragione di vincoli contrattuali e di scala – possano comunque offrire risposte concrete, fondamentali anche per costruire un solido senso di appartenenza all'organizzazione.

ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI TERRITORIALI E DI PROSSIMITÀ: IMPATTO DEL DM 77/2022

Antonio Maritati – *Direttore delle Cure Primarie, Regione Veneto*

L'intervento si concentrerà su una fotografia dello stato dell'arte, con alcuni dati sull'attuazione del decreto in Regione Veneto, per poi illustrare le azioni prossimamente previste –

con particolare attenzione a quelle che avranno un impatto determinante sulla solidità dei servizi – e uno sguardo specifico sulla medicina generale, elemento cardine dell'assistenza territoriale.

LA MISSIONE 6 DEL PNRR E IL VALORE STRATEGICO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

Una delle due componenti della Missione 6 del PNRR è dedicata specificamente al territorio, alle reti di prossimità, alle strutture e alla telemedicina per l'assistenza territoriale. Non è casuale che questa componente sia stata posta in primo piano: tale scelta deve indurci a riflettere, anche sotto il profilo valoriale, sull'importanza della riforma dell'assistenza territoriale che il PNRR accompagna e che trova attuazione programmatica nel DM 77.

I temi ormai entrati nel lessico comune degli operatori – case della comunità, telemedicina, assistenza domiciliare integrata, centrali operative territoriali, ospedali di comunità – sono sostenuti da un investimento complessivo a livello nazionale di sette miliardi di euro, a testimonianza della rilevanza attribuita al settore. Gestire efficacemente tali risorse è un obbligo nei confronti delle generazioni future.

La seconda componente del PNRR include una parte rilevante dedicata all'innovazione nella ricerca biomedica e al potenziamento delle borse di studio per la formazione in medicina generale. L'obiettivo complessivo è giungere, entro il 2026, alla costituzione di una maglia di servizi territoriali dotata della medesima capacità organizzativa dell'ospedale – un traguardo che proseguirà oltre la scadenza del PNRR, fino al 2027 per il decreto e al 2032 per gli impegni programmatici complessivi.

Con il DM 77, per la prima volta su scala nazionale – da Vipiteno a Pantelleria – si è giunti a una programmazione matura e responsabile dell'assistenza territoriale, non più affidata esclusivamente all'iniziativa di singoli attori locali.

STATO DELL'ARTE NELL'ATTUAZIONE DEL DM 77 IN REGIONE VENETO

Analizzando i dati disponibili, il settore ospedaliero ha raggiunto un equilibrio complessivo, con obiettivi conseguiti pressoché ovunque a livello nazionale. Permangono invece alcune criticità nell'ambito territoriale e nei dipartimenti di prevenzione, con risultati eterogenei tra le diverse regioni. In Veneto la situazione è pressoché ottimale, ma la variabilità riscontrata a livello nazionale conferma

la necessità di mettere a sistema quanto già esistente, sviluppando i servizi in modo omogeneo e tenendo conto delle specificità locali. Secondo i dati AGENAS aggiornati al 30 giugno 2024, delle novantacinque case della comunità previste dal Contratto Istituzionale di Sviluppo, la programmazione regionale ne contempla novantanove. Di queste, sessantadue risultano già parzialmente attive, ovvero offrono una quota di servizi conforme agli standard concordati, con una soglia minima fissata al cinquanta per cento dei servizi previsti dall'allegato 2 del decreto. Per l'Azienda ULSS n. 1 sono previste quattro case della comunità, di cui una già parzialmente attiva. Per quanto riguarda le Centrali Operative Territoriali, la programmazione regionale ne prevede quarantanove, di cui due nel territorio dell'ULSS n. 1. La verifica dell'attivazione è stata condotta tramite monitoraggi indipendenti, che hanno accertato non soltanto la realizzazione fisica delle strutture, ma anche l'effettiva erogazione dei servizi. Gli ospedali di comunità programmati a livello regionale sono settantadue, con quarantuno strutture attivate e circa ottocentoquaranta posti letto complessivamente disponibili.

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE E CASE DI COMUNITÀ HUB

Un tema emerso di recente merita una trattazione specifica: il rapporto tra le sedi di continuità assistenziale e le Case di Comunità di tipo Hub. Qualora l'assistenza H24 sia prevista nelle novantanove Case di Comunità programmate a livello regionale, essa non potrà essere garantita in assenza delle funzioni attualmente svolte dalle sedi di continuità assistenziale presenti sul territorio veneto.

Il numero attuale di queste sedi è inferiore a quello delle Case di Comunità Hub programmate. In alcuni distretti si riscontra, ad esempio, una proporzione di cinque strutture Hub previste a fronte di due sole sedi di continuità assistenziale. In tali circostanze, pur dovendo assicurare l'assistenza H24, sarà necessario adottare un approccio razionale, che non disperda il percorso di sviluppo fin qui compiuto. La soluzione più equilibrata prevede che alcune Case di Comunità ospitino al loro interno una sede di continuità assistenziale, mentre altre siano funzionalmente collegate a strutture vicine che già la ospitano. In determinati territori, inoltre, sarà inevitabile mantenere sedi di continuità assistenziale indipendenti, poiché la specificità orografica e demografica lo richiede:

è imprescindibile, in alcune zone, preservare almeno parte delle attuali sedi, indipendentemente dalla loro collocazione fisica nelle Case di Comunità.

LA MEDICINA GENERALE: SFIDE ATTUALI E PROSPETTIVE

La medicina generale rappresenta l'anello fondamentale nel completamento del percorso di riforma. Ci troviamo attualmente nel mezzo di una fase critica: già dallo scorso anno ha preso avvio una riduzione del numero di medici in servizio, determinata principalmente dai pensionamenti che, nei prossimi tre anni, interesseranno il 30-35% dei medici sia in ambito ospedaliero che territoriale. I nuovi ingressi non saranno sufficienti a compensare le uscite. Secondo i dati aggiornati a settembre 2024, i medici di medicina generale a ciclo di scelta in Regione Veneto sono 2.746. Il 66% opera in forme associative evolute o complesse – medicine di gruppo o medicine di gruppo integrate – mentre permangono medici che esercitano in forma singola, in associazione semplice o in rete. Nell'Azienda ULSS n. 1 i medici sono 113: solo il 39% opera in forma associativa evoluta, una percentuale inferiore alla media regionale, che riflette le specificità orografiche e organiz-

zative del territorio bellunese. Tale variabilità è corretta e auspicabile, in quanto risponde alle diverse esigenze locali.

Per quanto riguarda i medici della continuità assistenziale, la maggior parte opera con contratti a tempo determinato; meno del 10% è titolare di un incarico a tempo indeterminato. L'ossatura del sistema è rappresentata dai medici specializzandi. Nell'ULSS n. 1 se ne contano 52, con la presenza di 6 incarichi relativi alla sanità penitenziaria, che dal 2022 rientra nell'ambito della medicina generale.

Attualmente frequentano il corso di formazione specifica in medicina generale 560 medici. Di questi, 268 sono già titolari di un incarico di assistenza primaria – incarichi temporanei o provvisori – contribuendo attivamente alla rete: il 48% dei corsisti è dunque già operativo. Chi detiene un incarico temporaneo, una volta conseguito il diploma, passerà automaticamente a tempo indeterminato, con il vantaggio di una formazione svolta in parallelo all'attività professionale.

Tuttavia, il numero dei frequentanti non è proporzionale all'aumento dei posti messi a bando. Nell'ultimo corso, su 350 domande e 248 borse disponibili, sono pervenute solo 146 candidature. Il fenomeno, osservato a livello nazio-

nale, è in parte riconducibile alla concorrenza con i contratti di specializzazione – anch'essi aumentati grazie al PNRR – che attraggono i candidati verso percorsi percepiti come più remunerativi o formativamente diversi.

Su questo tema è necessario lavorare in modo costruttivo, evitando atteggiamenti di mera lamentela che rischiano di allontanare ulteriormente i giovani dalla professione. Occorre invece riposizionare il dibattito valorizzando una professione di grande valore sociale, supportata da un percorso formativo di qualità. In questa direzione va anche la prospettiva, recentemente richiamata dai principali sindacati di categoria e dal Ministro, di trasformare il corso regionale in un corso universitario: un salto di qualità atteso da tempo.

IL RUOLO UNICO NELLA MEDICINA GENERALE

Una innovazione di rilievo, con impatto a partire dal 2025, riguarda l'introduzione del cosiddetto «ruolo unico» per la medicina generale, previsto dall'ultimo Accordo Collettivo Nazionale in attuazione della Legge Balduzzi del 2012. I medici che otterranno un incarico a partire dal prossimo anno saranno i primi a intraprendere la professione secondo questo nuovo modello.

In concreto, i nuovi incaricati saranno tenuti a svolgere 38 ore settimanali di attività a favore dell'azienda o del distretto, unitamente all'apertura dello studio per l'acquisizione degli assistiti. La proporzione tra ore dedicate alle attività distrettuali e ore riservate all'attività ambulatoriale varierà in funzione del numero di assistiti: 38 ore distrettuali fino a 400 assistiti, 24 ore da 401 a 1.000, 12 ore da 1.001 a 1.200, 6 ore da 1.201 a 1.500. In presenza di scelte in deroga superiori a 200 assistiti, il medico dovrà comunque garantire la proporzione prevista. Nulla cambierà per coloro che hanno già ottenuto un incarico secondo le procedure vigenti nel 2024, salvo opzione volontaria per il transito al nuovo regime.

Cambieranno inoltre i parametri per l'individuazione delle zone carenti: a livello nazionale sarà previsto un medico ogni 1.200 residenti – parametro già adottato in Veneto – e un medico ogni 5.000 residenti come riferimento per la continuità assistenziale.

VERSO UN ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE INNOVATIVO

Il completamento dell'impatto del DM 77 richiede, oltre alla messa a regime di tutti i servizi previsti, lo sviluppo dell'accordo integrativo

regionale. Questo strumento, oltre a definire in modo omogeneo sul territorio le Aggregazioni Funzionali Territoriali – che diventeranno l'ambito preferenziale per le forme organizzative della medicina generale – dovrà promuovere un percorso di sviluppo sempre più interdisciplinare, orientato alla collaborazione strutturata tra medici e altri professionisti sanitari.

L'obiettivo non è accorpare tutti i medici in un'unica sede, ma favorire – indipendentemente dalla collocazione territoriale, sia essa Belluno, Pieve di Cadore, Alleghe o Falcade – una collaborazione strutturata tra professionisti, ciascuno nel proprio studio con una sede principale di riferimento.

Sarebbe un'occasione mancata limitarsi ad aggiornare un accordo del 2005, ormai superato, senza il coraggio di adottare una visione a 360 gradi sulle opportunità offerte dal PNRR, dal DM 77 e dal contesto attuale. Il momento storico è eccezionale: è necessario coglierlo con ambizione e visione, in raccordo con quanto si sta realizzando a livello aziendale sul territorio.

SECONDA SESSIONE

ESPERIENZE A CONFRONTO

*Moderatore: **Pietro Paolo Faronato** – Coordinatore Progetto «Salute Oltre la Città», ULSS 1 Dolomiti*

Il confronto con altre realtà che condividono le problematiche del nostro territorio è diventato un momento strutturale nel format dei nostri percorsi. Non è casuale che il titolo scelto sia «Salute oltre la città» e non «Salute in montagna»: stiamo parlando di quei territori lontani da una stazione ferroviaria, da un casello autostradale, da un ospedale; territori nei quali, come riportano quotidianamente le cronache, chiude un ufficio postale, una banca, una scuola. Non si tratta, tuttavia, di territori residuali. Come ha illustrato il professor Brusaferrò, le aree interne comprendono il 50% dei comuni italiani: pur essendo piccoli, rappresentano la metà dei comuni del Paese e il 25% della popolazione nazionale. Il percorso che qui si avvia non si limita all'arco alpino, ma interessa anche l'Appennino e gran parte della Sardegna. Osservando l'evoluzione demografica del Ve-

neto e della provincia di Belluno, si notano due linee parallele che convergono verso l'invecchiamento: la provincia di Belluno anticipa di dieci-quindici anni l'evoluzione demografica dell'intera regione. Chi vuole comprendere come sarà il Veneto tra quindici anni può osservare Belluno oggi.

Questo dato risponde anche alla domanda circa la difficoltà di coprire i posti di operatori socio-sanitari o di formare infermieri in numero sufficiente. Le ragioni sono molteplici, ma una è strutturale: da quindici anni in queste aree non nascono abbastanza giovani, e trattandosi di percorsi formativi rigidi nei loro tempi, colmare il divario sarà difficile. Occorre dunque immaginare modelli nuovi.

***Massimo Melo** – Direttore f. f. U. O. Cure Primarie Est, APSS Trento*

Intendo proporre un contributo di carattere pratico, portando alcuni stimoli e illustrando iniziative attualmente in corso nel territorio

della Provincia Autonoma di Trento. Si parte da alcune considerazioni critiche, per passare rapidamente agli aspetti operativi.

Si sente spesso affermare che il modello universalistico di accesso alle cure non sia più sostenibile. Le difficoltà organizzative, la carenza di personale e la necessità di rispondere a bisogni nuovi – talvolta indotti – sono innegabili. A queste si aggiunge un'ulteriore criticità: le norme, siano esse nazionali, regionali, provinciali o aziendali, sono frequentemente redatte in modo ottimale per la sanità delle città di pianura, mentre la montagna presenta esigenze differenti. Il punto, tuttavia, non è se il modello universalistico sia inadeguato: la convinzione è che non lo sia. Esistono invece altri fattori su cui è possibile e doveroso intervenire.

RIORGANIZZARE L'OFFERTA: I CAPISALDI

I capisaldi della riorganizzazione dell'offerta sono cinque: conoscere meglio la popolazione assistita, utilizzare al meglio le risorse disponibili, integrare i servizi, migliorare la comunicazione interna e introdurre innovazioni.

Conoscere meglio la popolazione significa, innanzitutto, stratificarla. La stratificazione dei pazienti è la condizione necessaria per realizzare la medicina d'iniziativa e per far decollare

la gestione dei pazienti cronici secondo le indicazioni del Piano Nazionale della Cronicità, ovvero attraverso il lavoro in team multidisciplinare e multiprofessionale.

Il secondo caposaldo è utilizzare al meglio ciò che già esiste. In Trentino sono presenti esperienze virtuose – in particolare nel campo delle cure palliative – e l'obiettivo è trasferire quel modello operativo alle cure domiciliari, che richiedono una maggiore capacità di presa in carico rispetto a quanto oggi garantito.

Un aspetto particolarmente rilevante per le aree rurali riguarda l'apertura al territorio delle risorse esistenti. In Trentino sono presenti 55 Residenze Sanitarie Assistenziali: praticamente ogni valle ne ospita una. Se queste strutture fossero attive anche per altre finalità, potrebbero diventare un punto di riferimento per l'erogazione di servizi sanitari alla popolazione esterna. Si tratta di un patrimonio infrastrutturale da valorizzare, parallelamente all'avvio delle Case della Comunità.

INNOVAZIONE E INTEGRAZIONE: VERSO LA TRASMURALITÀ TRANSDISCIPLINARE

Sul versante dell'innovazione, l'obiettivo è quello di una trasmutualità transdisciplinare: aprire la geriatria e la pneumologia al territorio, stringere

alleanze con la salute mentale, la riabilitazione e i servizi sociali, e promuovere una comunicazione efficace attraverso la telemedicina. L'integrazione tra cure primarie, cure palliative, servizi sociali, psichiatria, continuità assistenziale, medicine di gruppo integrate e dipartimento trasmurale di geriatria non è un obiettivo astratto: si sta predisponendo l'organizzazione necessaria a realizzarla concretamente.

Un'attenzione particolare deve essere riservata alla diagnostica strumentale di prossimità e alla valutazione multidimensionale. La diagnostica strumentale deve entrare a far parte del bagaglio operativo quotidiano di ogni professionista – infermieri, medici palliativisti, medici di medicina generale, operatori della continuità assistenziale – e su questo fronte sono già state avviate attività formative che proseguiranno in tutti gli ambiti territoriali.

IL MODELLO DELLE CURE PALLIATIVE COME PARADIGMA TRASFERIBILE

Un'esperienza concreta che illustra la direzione intrapresa riguarda il trasferimento del modello operativo delle cure palliative alla rete clinica delle cure domiciliari. Storicamente, in Trentino, le cure palliative erano gestite da unità dedicate centralizzate. Da alcuni anni è stato

modificato questo paradigma: ogni ambito territoriale dispone ora di un'équipe infermieristica formata anche per erogare servizi di cure palliative. Non è concepibile che un'équipe centralizzata si occupi di raggiungere la Val di Fassa o il Primiero. Le équipe devono essere presenti sul territorio e autonome nella presa in carico. Questo obiettivo è stato perseguito e in larga misura realizzato.

Il principio sottostante è il superamento della logica della prestazione a favore di quella della presa in carico: un cambiamento di paradigma che si riflette sull'intera organizzazione delle cure domiciliari.

LO STATO ATTUALE E LE SFIDE APERTE

I dati del primo semestre 2024 mostrano 16.000 piani di cura attivi. Di questi, 12.547 – denominati in Trentino ADINF – corrispondono alla cura domiciliare di base, ovvero al primo livello dell'assistenza domiciliare. Si tratta di un numero considerevole, all'interno del quale è probabile che una quota di pazienti non sia stata adeguatamente intercettata nei propri bisogni reali. Per converso, i livelli ADI di secondo e terzo livello presentano numeri molto bassi, segnalando una difficoltà nell'identificazione dei casi complessi.

Per affrontare questa criticità, è stato avviato un lavoro di definizione puntuale dei criteri ADI, che sarà implementato nel corso del prossimo anno. Le distinzioni tra i livelli previsti dai LEA risultano nella pratica poco chiare: è stato lavorato per fornire definizioni operative precise.

Lo strumento metodologico in fase di sperimentazione prevede che dalla segnalazione di caso al Punto Unico di Accesso si avvii una valutazione multidimensionale di primo livello mediante strumenti di screening. Da questa valutazione deriverebbe una prima stratificazione del bisogno, da approfondire con strumenti di secondo livello fino alla definizione del PAI nei casi complessi. Per i bisogni sanitari o sociali semplici sono invece previste procedure rapide e facilitate.

Un ambito su cui si sta approfondendo grande impegno è la pulizia dei flussi di dati: ottenere dati puliti e affidabili si conferma un lavoro complesso, ma indispensabile per orientare le decisioni organizzative con rigore.

Franco Pino Brinato – *Direttore Area Territoriale, Valle d'Aosta*

I dati presentati sono relativi al 2023 e sono stati elaborati nell'ambito di un master presso

l'Università di Torino. Si tratta quindi di un quadro in parte già evoluto: alcune criticità sono state affrontate e risolte, altre permangono e sono oggetto di intervento.

IL CONTESTO TERRITORIALE E DEMOGRAFICO

La Valle d'Aosta è una regione fortemente montuosa: circa il 98% dei comuni si trova oltre i 2.100 metri di altitudine. La popolazione ammonta attualmente a 124.000 abitanti, in calo rispetto ai 126.000 di due-tre anni fa, con una tendenza allo spopolamento dei paesi montani che rappresenta una sfida strutturale. La quota di over 65 è pari al 24,7%, superiore alla media nazionale del 23% – una caratteristica demografica cui il DM 77 impone di prestare particolare attenzione. La prevalenza delle patologie croniche e la quota di pazienti con più di cinque patologie concomitanti hanno orientato le priorità organizzative di seguito illustrate.

L'ORGANIZZAZIONE PREVISTA DAL DM 77 E IL SUO ADATTAMENTO REGIONALE

Il progetto di riorganizzazione territoriale prevede l'unificazione in due distretti, l'istituzione di una Centrale Operativa Territoriale, quattro Case della Comunità e due Ospedali di Comuni-

tà – uno finanziato dal PNRR, l'altro con risorse regionali. Sono inoltre previste le Aggregazioni Funzionali Territoriali, già contemplate dal Decreto Balduzzi e ora prossime alla piena realizzazione, nonché la trasformazione delle USCA in UCA. Abbiamo creduto in questo strumento come leva per realizzare la medicina d'iniziativa: non è possibile affidare esclusivamente ai medici di medicina generale la proattività verso i pazienti cronici. Sono state istituite due UCA sul territorio, con personale dedicato composto da infermieri e medici, affiancati da infermieri di comunità.

Sul fronte delle cure palliative – un capitolo a lungo irrisolto – è stata approvata la delibera regionale sulla rete dedicata, l'hospice è stato ampliato da sette a dieci posti letto e sono state istituite tre unità di infermieri dedicati. L'intera riorganizzazione è stata raccolta nella delibera regionale n. 1069, che recepisce e adatta alle specificità del territorio valdostano tutti gli indirizzi previsti dal Decreto Ministeriale 77.

LA COT E I FLUSSI DI PRESA IN CARICO

La Centrale Operativa Territoriale è attiva da circa due mesi. È stato scelto un percorso leggermente diverso rispetto alla sola gestione delle dimissioni ospedaliere: la COT gesti-

sce prioritariamente i flussi verso le strutture di residenzialità, di cui si dispone di due sul territorio – una da 18 e una da 30 posti letto, nate durante la pandemia. Il flusso governato riguarda quindi l'intero continuum: ospedale, residenzialità, territorio e domicilio. In questo modo la presa in carico del paziente sul territorio avviene in modo immediato, con la risposta dell'infermiere a domicilio, del medico UCA o del medico di medicina generale.

I Punti Unici di Accesso sono già attivi all'interno di ciascuna sede sanitaria territoriale. I risultati, tuttavia, non hanno ancora soddisfatto appieno le aspettative: il concorso bandito per infermieri ha ricevuto candidature inferiori al fabbisogno.

IL NODO DEL PERSONALE E LA SFIDA CULTURALE

La Valle d'Aosta non soffre di una carenza di risorse finanziarie: il problema, come in tutte le altre regioni, riguarda il personale e, soprattutto, la cultura. Il cambiamento culturale necessario investe il rapporto con gli enti locali e con le famiglie, e costituisce una componente essenziale della catena dell'assistenza, non meno rilevante di quella organizzativa.

Sul versante medico, la situazione è in via di

risoluzione: nel 2025 sarà possibile sostituire integralmente i pensionamenti previsti, con nove medici aggiuntivi rispetto alle necessità, grazie a borse di studio cui hanno partecipato i professionisti locali. Sul versante infermieristico, invece, le difficoltà rimangono significative. Il numero dei medici supera attualmente quello degli infermieri – un'anomalia che ostacola il funzionamento del modello assistenziale previsto. A ciò si aggiunge il fenomeno dell'emigrazione professionale: molti infermieri formati nel territorio scelgono di trasferirsi all'estero. Si tratta di una criticità che dovrà necessariamente essere affrontata per rendere concretamente praticabile la medicina d'iniziativa.

LE RISPOSTE ORGANIZZATIVE ADOTTATE

In risposta alla carenza di medici di medicina generale, sono stati nel tempo modulati la formazione e le condizioni contrattuali: accordi con contratti a tempo determinato, assegnazione di mille utenti ai corsisti del primo anno di medicina generale e progressiva modulazione del massimale hanno consentito di ridurre drasticamente il numero di utenti privi di medico, passando da un dato storicamente molto elevato agli attuali 276. Sono stati previsti incentivi economici per i me-

dici di medicina generale disponibili ad aprire ambulatori nelle aree più disagiate, con l'obiettivo di contrastare lo spopolamento e garantire la capillarità dell'offerta. La continuità assistenziale è stata riorganizzata modulando la copertura delle sedi in funzione della stagionalità turistica, che caratterizza fortemente la regione. Sul fronte della telemedicina, si sta lavorando con i medici di medicina generale su specifici percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali – in particolare scompenso cardiaco e BPCO – attraverso una piattaforma gestita direttamente a livello regionale.

LE AFT E IL MODELLO TERRITORIALE DIFFUSO

Le Aggregazioni Funzionali Territoriali, ancora in fase progettuale nel 2023, sono oggi una realtà consolidata. È stato raggiunto un accordo con i medici di medicina generale che prevede un'AFT per ciascuna Casa della Comunità e due nella Comunità di Aosta, la più popolosa. Le AFT integrano medici a ciclo unico, a ciclo orario e a ciclo di scelta, con il supporto delle UCA. Un aspetto che ha richiesto attenzione sul piano della comunicazione riguarda la percezione della riforma da parte della popolazione: nelle fasi iniziali, l'istituzione delle Case della Comu-

nità era stata percepita come una concentrazione dell'assistenza in pochi punti, a discapito della capillarità. Al contrario, l'obiettivo perseguito è stato quello di mantenere la presenza degli studi medici diffusi sul territorio, valorizzando la rete dei professionisti esistente. Le Case della Comunità sono un nodo della rete, non la sua sostituzione.

Il modello adottato è flessibile: privilegia l'associazione tra medici, promuove la medicina d'iniziativa e prevede l'attivazione delle unità mobili da parte del medico di medicina generale nei casi in cui la risposta individuale non sia sufficiente. È questo il paradigma che si sta cercando di consolidare, adattandolo progressivamente alle specificità di un territorio che non ammette soluzioni standardizzate.

Guido Giardini – già *Presidente, Fondazione Montagna Sicura*

Intervengo in questa sede con un duplice punto di osservazione: quello del direttore del reparto di neurologia e del Centro di Medicina di Montagna dell'ospedale regionale, ruolo ricoperto nuovamente dall'inizio di quest'anno dopo tre anni come direttore sanitario dell'azienda, e quello di presidente della Fondazione

Montagna Sicura di Courmayeur. Questa doppia prospettiva – clinica e territoriale – consente di affrontare alcuni temi cruciali per le aree montane: la specificità organizzativa, i cambiamenti climatici e la necessità di costruire reti collaborative tra realtà che condividono le stesse sfide.

UN TERRITORIO ESTREMO: POPOLAZIONE, TURISMO E PRESSIONE SUL SISTEMA SANITARIO

La Valle d'Aosta è la regione più piccola d'Italia, con una densità abitativa di trentasette abitanti per chilometro quadrato – inferiore persino a quella della provincia di Belluno, che si attesta a cinquantacinque. I residenti sono circa 125.000, distribuiti in settantaquattro comuni, dei quali uno solo – Aosta, con 35.000 abitanti – supera i cinquemila residenti. Tutti gli altri comuni sono di piccole o piccolissime dimensioni, con una prevalenza crescente di popolazione anziana e una tendenza allo spopolamento che riguarda in particolare le vallate laterali.

A questa realtà demografica si sovrappone una pressione turistica straordinaria: tre milioni e mezzo di presenze annue, con picchi che portano la popolazione presente in valle, nel periodo estivo, fino a un milione e duecentomila

persone in un solo giorno. L'impatto su un unico presidio ospedaliero, situato al centro della regione, è immaginabile. Nei periodi di punta – Natale, Pasqua, Ferragosto – il territorio non può fare affidamento esclusivo sull'ospedale: il ruolo dell'assistenza territoriale diventa in questi frangenti assolutamente determinante.

Un caso emblematico della complessità gestionale è rappresentato dal comune di Chamois, raggiungibile esclusivamente tramite funivia, con pochi residenti, popolazione prevalentemente anziana e una domanda di servizi sanitari che si concentra nei periodi di bassa stagione turistica, quando le risorse sono più scarse.

L'AUTONOMIA COME RISORSA E COME VINCOLO

La Valle d'Aosta gode di un'autonomia di antica tradizione, di matrice francofona e sancita dalla Carta Costituzionale. Questa autonomia costituisce una risorsa nella misura in cui consente di adattare le norme nazionali alle specificità locali – come è stato fatto con il recepimento del DM 77 – ma impone anche la consapevolezza che i modelli pensati per contesti di pianura non sono direttamente trasferibili a un territorio dove un distretto può estendersi dal capoluogo al Monte Bianco con quindicimila abitanti.

ESSERE HUB PER NECESSITÀ: LA SFIDA DELLA QUALITÀ IN CONTESTI A BASSO VOLUME

Uno dei temi più delicati per i sistemi sanitari montani riguarda il rapporto tra volumi di attività e qualità delle cure. In alcuni ambiti si è, per necessità geografica, un hub: i tempi di percorrenza verso i centri urbani maggiori – Torino dista 120 chilometri da Aosta, attraverso vie di comunicazione che presentano criticità rilevanti, con la linea ferroviaria attualmente chiusa per tre anni, il traforo del Monte Bianco periodicamente interrotto e un'autostrada tra le più costose d'Italia – rendono impensabile la sistematica centralizzazione dei casi acuti. Nonostante i numeri non favorevoli per alcune patologie, il Piano Nazionale Esiti ha registrato per la struttura risultati positivi anche in ambiti come l'infarto e l'ictus. Questo dimostra che qualità e prossimità non sono necessariamente in contraddizione, a condizione di investire in competenze, formazione e reti.

LA MEDICINA DI MONTAGNA COME SPECIALITÀ E COME CULTURA

Da quindici anni è attivo presso l'ospedale regionale un Centro di Medicina di Montagna. Un esempio concreto del suo lavoro riguarda la valutazione degli ottanta operai impegna-

ti nella realizzazione della nuova funivia del Monte Bianco: il cantiere si sviluppa su tre livelli, il più elevato dei quali si trova a 3.600 metri, dove i lavoratori operano in condizioni di rarefazione dell'ossigeno pari a un terzo rispetto al livello del mare. Tutti gli operai sono stati visitati e sono state fornite indicazioni ai medici del lavoro per stratificare e differenziare i cantieri in base alle condizioni fisiche individuali.

La medicina di montagna deve essere intesa non soltanto come specialità clinica, ma come cultura e come fattore di sviluppo territoriale. Nel 2017, durante il mandato alla presidenza della Società Italiana di Medicina di Montagna, è stata redatta a Cogne la prima carta etica della medicina di montagna – la «Carta di Cogne» – che sancisce principi, pratiche e raccomandazioni su ciò che la medicina in ambiente montano dovrebbe perseguire. Quel documento, antecedente alla pandemia, anticipava molte delle riflessioni che la crisi sanitaria ha poi reso urgenti. Oggi i turisti si informano attraverso internet e difficilmente scelgono destinazioni prive di adeguate garanzie di sicurezza sanitaria: la qualità dell'assistenza è diventata un fattore competitivo per i territori montani.

CAMBIAMENTI CLIMATICI E SICUREZZA: IL RUOLO DELLA FONDAZIONE MONTAGNA SICURA

La Fondazione Montagna Sicura ha la missione fondamentale di sviluppare e diffondere una cultura della sicurezza in ambiente montano. Vi operano glaciologi e nivologi – questi ultimi responsabili della redazione del bollettino neve e valanghe per l'intera Valle d'Aosta – e il 40% dei progetti europei della Fondazione riguarda oggi l'analisi dei cambiamenti climatici, in collaborazione con colleghi francesi e svizzeri.

I cambiamenti climatici stanno modificando profondamente la morfologia e la pericolosità delle aree montane. In zone come Courmayeur e Cogne, fenomeni alluvionali e franosi stanno interessando territori che in passato ne erano esenti. I glaciologi della Fondazione monitorano costantemente i ghiacciai del Monte Bianco che presentano rischi di distacco sulla Val Ferret, un'area antropizzata con insediamenti turistici e residenziali. Chiudere la Val Ferret per ragioni di sicurezza, anche in piena stagione invernale, ha un impatto economico rilevante che deve essere bilanciato con la tutela della vita umana: il ruolo dei sindaci in questo contesto è quanto mai delicato.

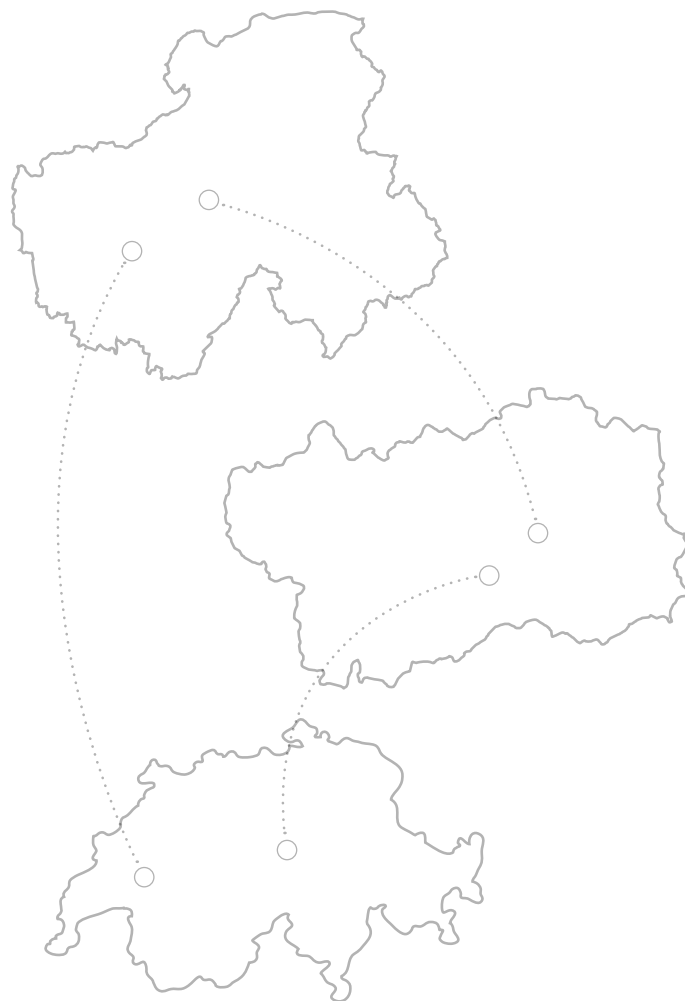
Anche i percorsi alpini tradizionali si stanno

modificando: vie normali, ferrate e accessi ai rifugi che erano consolidati da decenni sono cambiati, e le informazioni disponibili in rete risultano spesso non aggiornate, con ricadute concrete sulla sicurezza degli escursionisti. Secondo alcune proiezioni, nel 2100 la cupola sommitale del Monte Bianco potrebbe rappresentare l'unico luogo in Europa dove persisterà il ghiaccio al di sopra dei 4.500 metri: uno scenario che rende urgente lo studio e la pianificazione in una prospettiva intergenerazionale.

LA RETE COME RISPOSTA: DALL'ESPACE MONT BLANC A UNA RETE DELLE REGIONI MONTANE

L'Espace Mont Blanc – area che comprende diciassette comuni tra Valle d'Aosta, Alta Savoia e Svizzera, oggi anche unità amministrativa transfrontaliera – offre un modello di collaborazione tra realtà montane di tre nazioni che condividono le stesse sfide. Ogni anno si svolge un incontro congiunto di soccorso alpino con guide alpine e medici dei tre Paesi; si lavora insieme sui cambiamenti climatici e sugli aspetti glaciologici. Come si collabora con i colleghi francesi e svizzeri, così è auspicabile lo sviluppo di una rete analoga tra le regioni montane italiane. Incontri come questo vanno

esattamente in questa direzione, e il loro valore risiede precisamente nella possibilità di apprendere reciprocamente da esperienze diverse, affrontando problemi comuni con strumenti condivisi.



TERZA SESSIONE

DAL CUORE DELLA COMUNITÀ: PROMUOVERE LA SALUTE CON UNA PARTECIPAZIONE ATTIVA

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

***Manuel Zorzi** – Direttore del Servizio Epide-
miologico Regionale, Azienda Zero, Padova*

La popolazione dell'ULSS Dolomiti è complessivamente inferiore alle 200.000 unità, distribuita in modo estremamente frammentato sul territorio provinciale. L'indice di natalità è inferiore alla media regionale veneta e mostra una tendenza alla progressiva diminuzione. Tale fenomeno non è imputabile a una minore propensione alla genitorialità: il tasso di fecondità – ovvero il numero medio di figli per donna – è anzi superiore alla media regionale. Il fattore determinante è la ridotta consistenza numerica della popolazione femminile in età fertile. Ne consegue che, rispetto a venti o trent'anni fa, non soltanto non sono nati coloro che avrebbero dovuto diventare operatori sanitari, ma si registra una carenza strutturale

e crescente delle fasce di popolazione potenzialmente fertile. Il numero di nati nel 2023 si attesta intorno alle mille unità, con tendenza alla diminuzione.

Parallelamente, cresce l'indice di vecchiaia – il rapporto tra anziani e bambini sotto i quattordici anni – con un incremento più marcato rispetto alla media regionale veneta. La speranza di vita alla nascita è elevata, sebbene inferiore di circa sei mesi rispetto alla media regionale; dopo la flessione registrata nel 2020, si è osservata una ripresa analoga a quella regionale, ma sarà necessario monitorare nei prossimi anni se la curva bellunese riprenderà una tendenza stabilmente crescente.

Un dato che merita attenzione riguarda la componente straniera della popolazione residente: la media veneta si attesta al 10,4%, mentre nel Bellunese il valore è più contenuto, pari al 6,5%. Questo dato risulta stabile da almeno un decennio.

STILI DI VITA DELLA POPOLAZIONE BELLUNESE

I dati sugli stili di vita sono tratti principalmente dal sistema di sorveglianza telefonica PASSI, che raccoglie informazioni su un campione rappresentativo della popolazione adulta.

Per quanto riguarda il fumo di tabacco, un quarto degli uomini bellunesi si dichiara fumatore, mentre tra le donne la percentuale è pari al 22%. Il confronto con la media regionale evidenzia una sostanziale sovrapposizione nei valori maschili, ma una maggiore incidenza di fumatrici rispetto alla media veneta. Si registra una tendenza alla riduzione complessiva del fumo, sebbene dopo la flessione del 2020 non sia ancora chiaro se a Belluno si consoliderà una traiettoria di ulteriore riduzione.

Il consumo di alcol rappresenta un problema di rilevanza epidemiologica particolarmente preoccupante. Il consumo a maggior rischio – che comprende il binge drinking e il consumo elevato o fuori pasto – interessa il 42% degli uomini e il 28% delle donne. La percentuale di consumatori di binge drinking si attesta a un terzo degli uomini e al 17% delle donne. Il confronto con la media regionale – già notoriamente elevata in una regione ad alta vocazione vinicola – evidenzia come le percentuali bellunesi siano comunque superiori, con valori di binge

drinking quasi doppi rispetto alla media veneta. L'andamento nel tempo non mostra segnali incoraggianti.

In controtendenza, l'attività fisica registra risultati molto favorevoli: solo il 5% degli uomini e il 10% delle donne si dichiarano sedentari, con performance decisamente migliori rispetto alla media regionale e una tendenza positiva nel tempo. Questo dato non trova tuttavia piena corrispondenza nei parametri ponderali: il 40% degli uomini e il 30% delle donne risultano in sovrappeso o francamente obesi, senza differenze positive rispetto alla media regionale e senza segnali di miglioramento nell'ultimo decennio.

Un dato particolarmente preoccupante, tratto dal sistema di sorveglianza OCCHIO ALLA SALUTE rivolto agli alunni delle scuole primarie, indica che i bambini bellunesi risultano meno attivi rispetto alla media veneta: si recano meno frequentemente a scuola a piedi o in bicicletta, praticano meno attività sportiva e trascorrono meno tempo all'aperto. Si tratta di un segnale che richiede interventi mirati e tempestivi.

MORTALITÀ: CAUSE E TENDENZE

Nel 2023 si sono registrati 2.444 decessi nella popolazione dell'ULSS Dolomiti. Le cause principali sono riconducibili, come ovunque,

alle malattie circolatorie e ai tumori. Il tasso di mortalità – sia maschile che femminile – risulta superiore alla media regionale di circa il 5%, con valori rispettivamente pari a 705 contro 673 per la popolazione femminile. È importante sottolineare che questi indici sono in miglioramento, con una riduzione progressiva in entrambi i sessi, interrotta dal picco attribuibile alla pandemia da Covid-19.

La mortalità per tumore risulta più elevata rispetto alla media regionale in entrambi i sessi, ma con una tendenza alla riduzione: quindici anni fa la mortalità maschile per tumore era prossima ai 500 decessi ogni 100.000 abitanti, mentre negli ultimi tre anni il valore si è attestato al di sotto dei 400.

Analizzando le cause specifiche, si evidenzia un eccesso di mortalità per tumore del fegato e dello stomaco – entrambi fortemente associati al consumo di alcol – e per tumore della prostata. Nella popolazione femminile si riscontra un eccesso di mortalità per tumore polmonare, verosimilmente correlato all'elevato consumo di tabacco. Per il tumore del colon-retto, la mortalità si colloca invece tra le più basse a livello regionale in entrambi i sessi, dato attribuibile all'efficacia del programma di screening. Tra le altre patologie cronico-degenerative, si

osservano una minore mortalità femminile per diabete e una minore mortalità maschile per malattie cerebrovascolari, mentre la mortalità per malattie epatiche non tumorali risulta più elevata – ulteriore riflesso del problema alcolcorrelato. Le malattie dell'apparato respiratorio presentano valori superiori alla media regionale, soprattutto nei maschi, sebbene in progressiva riduzione. I decessi per cadute e suicidi risultano più elevati rispetto alla media regionale in entrambi i sessi; in particolare, l'incidenza dei suicidi appare correlata a una maggiore prevalenza di soggetti assistiti per depressione, senza che si osservi una tendenza alla riduzione nel tempo.

INCIDENZA E SOPRAVVIVENZA DEI TUMORI

Secondo i dati più recenti del Registro Tumori del Veneto (2020), sono stati diagnosticati 1.368 nuovi casi nella popolazione dell'ULSS Dolomiti. Le sedi più frequenti sono la mammella, la prostata e il colon-retto. Si segnala in modo particolare il melanoma cutaneo, che rappresenta un'eccezione significativa sia a livello regionale che nazionale, con un'incidenza superiore in entrambi i sessi.

Il confronto con la media regionale evidenzia una minore incidenza di tumori del colon-ret-

to – riconducibile all'efficacia dello screening – e un eccesso di tumori del fegato, della cavità orale e di melanoma cutaneo, tutti correlati a fattori comportamentali già discussi. Nella popolazione femminile si osserva un eccesso di tumori polmonari, pancreatici, della vescica e di melanoma cutaneo, mentre si registra un deficit di tumori della tiroide che meriterebbe un approfondimento specifico.

L'andamento temporale del melanoma cutaneo è particolarmente rilevante: rispetto alla tendenza regionale, il territorio bellunese mostra un'accelerazione negli ultimi quindici anni in entrambi i sessi, con incrementi percentuali di tale entità da evocare quasi la dinamica di un'epidemia – pur trattandosi di una patologia non trasmissibile. L'incremento non è interamente spiegabile con la maggiore diffusione dei controlli dermatologici, che consentono di individuare melanomi di piccole dimensioni altrimenti non diagnosticati.

Per quanto riguarda la sopravvivenza a cinque anni – indicatore che riflette sia la capacità di diagnosi precoce sia la qualità della presa in carico – la sola differenza significativa rilevata nella popolazione maschile è una migliore sopravvivenza per il tumore gastrico. Nella popolazione femminile si riscontrano invece deficit

di sopravvivenza per il tumore polmonare e pancreatico, due tra le neoplasie a prognosi più severa.

CONCLUSIONI

Il quadro complessivo evidenzia luci e ombre. Sotto alcuni aspetti – attività fisica degli adulti, efficacia degli screening, mortalità cardiovascolare – i risultati sono positivi e in miglioramento. Sotto altri – consumo di alcol, sedentarietà pediatrica, incidenza del melanoma, mortalità per patologie alcolcorrelate – permangono criticità rilevanti che richiedono interventi strutturati e interistituzionali. Resta ancora molto lavoro da compiere, non soltanto per il sistema sanitario, ma per l'intera comunità di questo territorio.

Alberto Lovat – Coordinatore Servizio Promozione della Salute, ULSS 1 Dolomiti

I dati epidemiologici disponibili consentono di quantificare il peso relativo dei principali determinanti sullo stato di salute individuale. La componente genetica, sulla quale le possibilità di intervento rimangono limitate, contribuisce per il 20%, quota analoga a quella attribuibile ai fattori ambientali. L'accesso alle cure – pur essendo un elemento imprescindibile – incide

per il solo 10%, mentre la quota più rilevante, pari al 50%, è riconducibile ai comportamenti individuali e agli stili di vita: alimentazione, attività motoria, consumo di tabacco e di alcol. È in questo quadro che si colloca il valore strategico di un servizio di promozione della salute all'interno di un dipartimento di prevenzione. Le potenzialità di intervento su questa ampia percentuale modificabile rendono il lavoro in quest'ambito particolarmente significativo, soprattutto in un'ottica di medio e lungo termine.

VACCINAZIONE CONTRO LA TBE: UN'AZIONE TERRITORIALE CONSOLIDATA

Una specificità del territorio dell'ULSS 1 Dolomiti riguarda la prevenzione dell'encefalite da zecca (TBE). La provincia di Belluno è classificata come area ad alta endemia per la circolazione del virus TBE e, con delibera della Giunta Regionale n. 612 del 2019, è stata introdotta la gratuità della vaccinazione per i residenti nel territorio provinciale.

L'andamento dei casi di TBE e di malattia di Lyme nell'ultimo decennio documenta una presenza significativa e stabile di entrambe le patologie, con la precisazione che quest'ultima non è prevenibile con vaccino. Per quanto riguarda le coperture vaccinali, il numero

di dosi somministrate è aumentato in modo considerevole a partire dall'introduzione della gratuità: si è passati da 17.000 dosi nel 2019 a 25.000 nel 2020, con un assestamento nell'ultimo triennio intorno alle 17.000-18.000 dosi annue. È opportuno segnalare che, nonostante il rilevante impegno organizzativo e operativo richiesto, il volume di vaccinazioni anti-TBE erogate dall'ULSS 1 supera la somma complessiva di quelle effettuate da tutte le altre aziende sanitarie della regione.

Permane tuttavia un'area di miglioramento: le prime dosi mostrano una tendenza al calo nell'ultimo triennio. È pertanto necessario intensificare le azioni di sensibilizzazione per favorire l'avvio di nuovi cicli vaccinali, non limitandosi al mantenimento delle coperture già acquisite.

PREVENZIONE DEL MELANOMA MALIGNO: DALLA SCUOLA AI RIFUGI ALPINI

Un ulteriore ambito di intervento specifico per il territorio riguarda la prevenzione del melanoma maligno. È in corso un progetto strutturato che coinvolge le scuole primarie, nell'ambito del quale vengono realizzati percorsi formativi dedicati all'esposizione sicura alle radiazioni solari. I messaggi chiave trasmessi agli studenti riguardano l'importanza di una corretta protezione

solare in ogni stagione e in ogni contesto – al mare come in montagna, d'estate come d'inverno – attraverso l'utilizzo di creme solari, copricapo, occhiali da sole e abbigliamento adeguato. I disegni prodotti dagli studenti nell'ambito di questi percorsi sono stati riprodotti su tovagliette distribuite alla grande maggioranza dei rifugi alpini del territorio, consentendo di raggiungere gli escursionisti con messaggi di prevenzione contestualizzati all'ambiente montano. La tematica viene affrontata inoltre durante incontri aperti alla cittadinanza e in occasione di eventi dedicati, tra cui il Treno della Salute, che ha sostato per due giornate presso la stazione di Belluno.

Il tema della protezione solare in quota è inserito anche nel progetto dei «rifugi sani e sicuri», che sta acquisendo una dimensione regionale. Tra i requisiti aggiuntivi previsti per il riconoscimento di un rifugio nell'ambito di questo progetto rientrano la disponibilità di creme solari ad alto fattore di protezione e di cappellini, messi a disposizione degli escursionisti su richiesta.

PROMOZIONE DELL'ATTIVITÀ MOTORIA E CONTRASTO ALLA SEDENTARIETÀ

Il Dipartimento di Prevenzione dell'ULSS 1 include un'Unità Operativa Semplice Dipartimen-

tale dedicata all'attività motoria, con l'obiettivo primario di mantenere in buona salute chi già lo è e di preservare i livelli di attività fisica nelle persone già attive. Le iniziative in corso comprendono progetti nelle scuole sull'alimentazione e il movimento, l'attivazione del pedibus, la collaborazione con le amministrazioni comunali, l'inserimento dei Comuni nella rete dei Comuni Attivi, i gruppi di cammino, i gruppi di ginnastica dolce, i percorsi del chilometro al giorno, le palestre della salute e le strutture che erogano attività fisica adattata. Sul fronte del welfare aziendale sono attivi gruppi di cammino e gruppi escursionistici riservati ai dipendenti dell'ULSS 1.

Una criticità che rimane aperta riguarda la sedentarietà in età pediatrica. Nonostante la presenza di programmi dedicati in tutti i gradi di istruzione, dalla scuola dell'infanzia alla scuola secondaria di secondo grado, il problema persiste. Una possibile linea di intervento consiste nel migliorare l'accessibilità agli sport organizzati, non limitati agli sport invernali. Nel territorio dell'ULSS 1, caratterizzato da numerosi Comuni con meno di 5.000 abitanti, le distanze e la necessità di spostamenti rappresentano un ostacolo concreto per molte famiglie nell'avvicinare i propri figli alla pratica sportiva strutturata.

CONTRASTO AL TABAGISMO E AL CONSUMO DI ALCOL

Le attività di contrasto al tabagismo si articolano su più livelli: interventi nelle scuole, ambulatori dedicati alla cessazione del fumo e, attivati di recente, gruppi strutturati per smettere di fumare. Gli operatori sanitari sono formati per svolgere counseling motivazionale su tabagismo e consumo di alcol nell'ambito dell'attività ambulatoriale ordinaria.

Il SERD gestisce il programma nazionale «Fuori Posto», che prevede il dispiegamento di unità mobili nei luoghi del divertimento e in contesti lavorativi per attività di sensibilizzazione, somministrazione di alcol test e promozione della riduzione del tabagismo.

Per quanto concerne il consumo di alcol, è necessario riconoscere che le dimensioni del fenomeno sono considerevolmente superiori alle risorse attualmente impegnate per contrastarlo. La normalizzazione sociale del consumo di alcol – e in alcuni casi la sua percezione come tratto identitario territoriale – richiede una risposta interistituzionale coordinata, che coinvolga il sistema sanitario, le amministrazioni locali, le associazioni di volontariato e i luoghi di lavoro. Solo attra-

verso una strategia condivisa sarà possibile modificare un atteggiamento culturalmente radicato.

INVECCHIAMENTO ATTIVO E PREVENZIONE DELLE CADUTE

Il progressivo invecchiamento della popolazione e i preoccupanti tassi di natalità nel territorio rendono prioritario l'investimento su percorsi di educazione alla salute orientati alla terza età. Sono in corso i corsi «Verso l'argento» e si stanno organizzando specifici percorsi di prevenzione delle cadute nell'anziano. A breve saranno disponibili video-pillole realizzate in collaborazione con le case di riposo del territorio su questa tematica; materiali informativi sulla prevenzione degli incidenti domestici, incluse le cadute, sono già distribuiti nei reparti ospedalieri.

Per affrontare in modo efficace la sfida demografica nel suo complesso sarà necessario agire su più fronti: politiche di sostegno alla genitorialità e alla natalità, valorizzazione dell'ambiente montano per contrastare lo spopolamento, promozione dell'invecchiamento attivo e in buona salute, e interventi sistematici per il contrasto della solitudine nella popolazione anziana.

SCREENING ONCOLOGICI

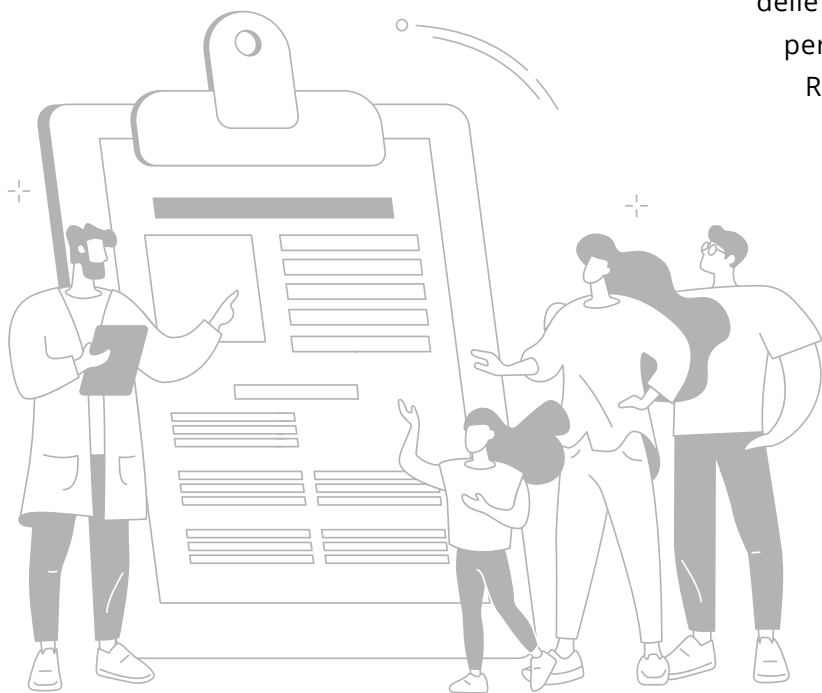
Le coperture e i tassi di adesione ai tre programmi di screening organizzato – mammografico, della cervice uterina e del colon-retto – si attestano su valori elevati, in linea o superiori alla media regionale. Si registra una lieve differenza nella copertura dello screening del colon-retto, legata alla cadenza biennale dell'invito: negli anni dispari la copertura risulta fisiologicamente più contenuta, senza che

questo comprometta l'efficacia complessiva del programma nell'identificazione precoce delle patologie target.

RETI DI COLLABORAZIONE E PROSPETTIVE

Tutti i progetti descritti sono resi possibili da una rete articolata di collaborazioni: a livello intra-aziendale, attraverso il raccordo tra i servizi dell'ULSS 1; a livello extra-aziendale, grazie al contributo delle amministrazioni comunali, dell'Ufficio Scolastico Territoriale, delle associazioni di volontariato e dei circoli per gli anziani.

Rimangono aperte ulteriori aree di intervento che richiedono nuove strategie preventive: la salute mentale, le intossicazioni da monossido di carbonio correlate all'uso di stufe inadeguate per la combustione domestica, e la prevenzione dei traumi da traffico, frequentemente associati al consumo di alcol. Su questi fronti sarà necessario sviluppare approcci innovativi e collaborazioni interistituzionali più robuste.



QUARTA SESSIONE

INSIEME È MEGLIO: SFIDE E SUCCESSI NELLA COOPERAZIONE TRA PROFESSIONISTI SANITARI

*Moderatore: **Alessio Gioffredi** – Direttore Distretto Socio Sanitario Belluno, AULSS 1 Dolomiti*

Gli interventi della mattinata hanno riportato al centro dell'attenzione quei pilastri fondamentali del concetto di salute – inteso nella sua accezione più ampia, comprensiva di tutti i determinanti – che troppo spesso rischiano di essere trascurati nella pratica quotidiana. Se quei pensieri si traducevano in azione concreta, in ciascuno di noi dovrebbe crescere l'entusiasmo nel fare ciò che facciamo ogni giorno, pur con le difficoltà che questo comporta. È necessario richiamare tutti – professionisti e amministratori locali – a un'assunzione di responsabilità reciproca. È la condizione indispensabile per ottenere i risultati che ci prefiggiamo attraverso questi incontri.

I medici di medicina generale attraversano un periodo di grande difficoltà, spesso non riconosciuta adeguatamente neppure dalla popolazione. Chi opera sul territorio nei presidi più lontani lo fa con passione e con onestà professionale, in

condizioni che il sistema dovrebbe contribuire ad alleviare. Parlare di medicina d'iniziativa è giusto, ma per esercitarla occorre mettere questi professionisti nella condizione concreta di poterlo fare. A questo proposito, sarebbe auspicabile abbandonare nei prossimi mesi la definizione di «medico di medicina generale» a favore di quella di «medico specialista del territorio». È verso questa figura che dobbiamo tendere, e la formazione – che non può continuare a ricalcare schemi consolidati – deve andare in questa direzione. La sostenibilità del sistema sanitario pubblico dipende in larga misura dalla capacità di affrontare la sfida della cronicità nel modo più efficace possibile: chi meglio del medico specialista del territorio può contribuire a questa sfida?

***Maurizio Cancian** – Medico di Medicina Generale, AULSS 2 Marca Trevigiana*

Gli aspetti organizzativi affrontati nel corso della giornata costituiscono una cornice necessa-

ria, ma non ancora sufficiente. Ciò che non è stato ancora esplorato è il valore aggiunto che i medici di famiglia possono apportare nella prospettiva del futuro, perché quello di cui stiamo parlando non dovrebbe essere una semplice riorganizzazione, ma una vera rifondazione. Sono trascorsi vent'anni da quando si chiede con insistenza di rivedere il percorso formativo – sia quello di formazione specifica che quello continuo – e l'assetto istituzionale della medicina generale, che tuttora non dispone al proprio interno di un riferimento tecnico di governance clinica e continua a essere governata attraverso strumenti normativi e burocratici.

Se non si riduce la difformità organizzativa e l'eterogeneità clinica rispetto alle competenze, definire i perimetri e gli ambiti di ciascuna figura professionale diventa indispensabile per integrarsi efficacemente in un contesto multiprofessionale dove altri operatori stanno maturando competenze sempre più rilevanti sul territorio.

IL CAMBIAMENTO EPIDEMIOLOGICO E IL PESO DELLA CRONICITÀ

La transizione demografica ed epidemiologica – accelerata drammaticamente dalla pandemia da Covid-19 – ha trasformato in profondità la natura del bisogno e della domanda di salute

della popolazione. Un dato numerico sintetizza questa trasformazione meglio di qualsiasi analisi: la metà dei pazienti ha una malattia inguaribile, ma curabile. Inguaribile significa che quella persona vivrà con quella malattia – o con due, tre, quattro malattie concomitanti – per tutto il resto della propria vita. La sfida, come richiamato nel corso della giornata, è come vivere al meglio anche in presenza di un problema di salute cronico. Per gestirlo efficacemente è necessaria una forte alleanza tra medico e paziente, perché buona parte degli obiettivi di salute raggiungibili devono essere perseguiti direttamente dal paziente.

Con queste transizioni i carichi di lavoro sono esplosi, ma in particolare sono esplosi i carichi di tipo gestionale: un numero crescente di persone necessita di rinnovi periodici della terapia, follow-up, valutazione degli effetti collaterali e dell'efficacia dei trattamenti. Con una media di 74 cartelle aperte al giorno, calcolando dieci minuti per ciascuna, il conto è presto fatto. Quella che era una tempesta è diventata uno tsunami, e questa domanda non può trovare risposta adeguata continuando a lavorare in modo monoprofessionale.

Tutta la letteratura scientifica internazionale conferma che cure primarie solide e una me-

dicina generale di qualità allungano la vita e la allungano in salute, contribuendo in modo determinante all'equilibrio dell'intero sistema. Come ha scritto Atul Gawande – chirurgo e consigliere del presidente Obama – la tecnologia, i dipartimenti di emergenza e i trapianti sono fondamentali, ma è il rapporto prolungato tra medico di famiglia e paziente a fare davvero la differenza: una relazione continua che genera fiducia, aderenza alle terapie, attenzione agli stili di vita e appropriatezza prescrittiva.

Le aree di lavoro della medicina generale si articolano in quattro grandi ambiti: la prevenzione e la promozione della salute a livello individuale e di popolazione; le urgenze che non siano emergenze; tutto ciò che è inguaribile ma curabile; e il grande mondo della fragilità – persone che perdono funzionalità, presentano elevati tassi di multimorbidità e si avvicinano alla fine della vita.

L'INNOVAZIONE TECNOLOGICA NELLA VALUTAZIONE CLINICA

Accanto alla relazione di cura, le nuove tecnologie disponibili offrono opportunità straordinarie per migliorare la valutazione clinica. Agli strumenti tradizionali – anamnesi, storia clinica, esame obiettivo – si affianca oggi una diagno-

stica point-of-care moderna ed efficace. Uno studio condotto in Danimarca ha dimostrato che l'utilizzo di una sonda ecografica come integrazione alla visita – non per eseguire un'ecografia in senso specialistico, ma per valutare tre parametri essenziali come compenso emodinamico e quadro polmonare – modificava le decisioni cliniche nell'80% dei casi. Di fronte a una popolazione composta per metà da pazienti cronici, rinunciare a strumenti di questo genere non è più sostenibile.

I DETERMINANTI SOCIALI DELLA SALUTE: UN'EVIDENZA DALLA RICERCA VENETA

Un'esperienza di ricerca condotta in ambito veneto ha dimostrato che per ridurre i ricoveri ripetuti nei pazienti con scompenso cardiaco non è sufficiente ottimizzare la terapia farmacologica: è necessario agire sui determinanti sociali. Si ricoveravano di più le persone socialmente fragili – sole, con difficoltà nell'assunzione corretta della terapia, prive di adeguato supporto familiare ed economico. Questo studio, risalente al 2008 e oggi con oltre mille citazioni su PubMed, ha contribuito a ridefinire il paradigma della gestione dello scompenso, dimostrando che le componenti non sanitarie del bisogno non possono essere ignorate.

Un lavoro successivo del 2015 ha dimostrato operativamente che la presa in carico precoce e integrata tra medico di famiglia, infermieri e servizi sociali abbatta i ricoveri del 40% e gli accessi ai dipartimenti di emergenza fuori orario di oltre il 60%. Si tratta di evidenze prodotte in Veneto, che confermano la validità del modello del lavoro in team multiprofessionale.

L'ESPERIENZA DELLE MEDICINE DI GRUPPO INTEGRATE

L'esperienza maturata in una medicina di gruppo integrata a Conegliano – dieci medici, quattro infermiere part-time e sette assistenti di studio part-time, con un front-office aperto dalle 8 alle 20, accessibile di persona, per telefono e via mail – ha prodotto risultati di monitoraggio molto significativi: nessun grave incremento dei costi sanitari, al netto di quelli del personale aggiuntivo, ma un importante equilibrio di sistema, con capacità di intercettare precocemente le malattie croniche, riduzione degli accessi in pronto soccorso e dei ricoveri ospedalieri, senza incremento della spesa farmaceutica o della domanda di consulenze specialistiche. Le medicine di gruppo integrate nel Veneto sono circa settanta e assistono circa il 25% della popolazione.

Tutti gli indicatori della cronicità mostravano risultati migliori rispetto ai colleghi che, pur altrettanto competenti, non lavorano in team con gli infermieri: la variabile discriminante è proprio questa. Nei pazienti diabetici la stragrande maggioranza aveva la glicata registrata e i valori miglioravano; negli ipertesi migliorava il controllo pressorio; tutti i pazienti con BPCO avevano una spirometria e venivano vaccinati per l'influenza. Tra i quasi 1.150 pazienti diabetici seguiti periodicamente, non si registra nessun caso di amputazione: gli infermieri eseguono sistematicamente l'ispezione del piede e addestrano paziente e caregiver alla corretta igiene. Nei pazienti con BPCO, è emerso che tutti usavano in modo scorretto i dispositivi inalatori: con un percorso formativo video-assistito, il problema è stato affrontato sistematicamente.

Lavorare in questo modo modifica in modo rilevante gli outcome primari di salute: meno ictus, meno infarti a cinque anni, meno melanomi per la rimozione sistematica delle lesioni precancerose, meno tumori della cervice uterina per una maggiore adesione agli screening. Le prevalenze delle malattie croniche rilevate aumentano non perché i pazienti si ammalino di più, ma perché vengono ricercati attivamente: la medicina d'iniziativa significa andare a

cercare le persone e arruolarle in un percorso individualizzato, perché i bisogni sono estremamente variabili e la multimorbidità è la regola, non l'eccezione.

La piattaforma digitale adottata nell'ultimo anno ha consentito 2.550 autoprenotazioni, corrispondenti ad altrettante telefonate o accessi al front-office evitati, liberando le linee per i pazienti con bisogni urgenti.

LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DELLA PERSONA ANZIANA

La Società Italiana di Medicina Generale ha pubblicato nel novembre 2023, nel Sistema Nazionale Linee Guida, una linea guida per la valutazione multidimensionale della persona anziana, alla quale hanno aderito 25 società scientifiche. Per la persona anziana non è sufficiente formulare la diagnosi: è necessario identificare le perdite di funzionalità attraverso una valutazione strutturata. Attraverso questo approccio è possibile definire con precisione la popolazione fragile e spesso intervenire con determinanti non sanitari per modificare il decorso clinico. La linea guida – disponibile sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità – si rivolge non soltanto al personale sanitario, ma anche a tutti i decisori istituzio-

nali, ed è frutto di una ricerca sistematica della letteratura internazionale.

Il numero di contatti annuali per paziente cresce proporzionalmente all'aumentare dell'indice di Charlson – indicatore di comorbidità e complessità clinica – raggiungendo i 33-35 contatti annui per i pazienti più complessi. Questo dato quantifica la reale intensità assistenziale richiesta dalla gestione della fragilità.

LA CERTIFICAZIONE DELLE COMPETENZE COME STRUMENTO DI EVOLUZIONE PROFESSIONALE

Un tema fondamentale per il futuro della medicina generale riguarda la certificazione delle competenze. Non è più sostenibile un avanzamento professionale basato esclusivamente sui titoli acquisiti alla formazione iniziale: una laurea non garantisce competenza per l'intera carriera. Come Società Italiana di Medicina Generale è stato intrapreso il percorso della certificazione delle competenze, già delineato dal Ministero: si stanno attualmente certificando medici esperti nella presa in carico del diabete mellito di tipo 2, con un processo che valuta conoscenze, capacità decisionali e abilità pratiche, con validità triennale. L'Azienda Sanitaria di Trento ha già adottato un percorso analo-

go, certificando medici di medicina generale esperti nell'approccio palliativo per i pazienti che si avvicinano alla fine della vita: non per formare piccoli palliativisti, ma per valorizzare il contributo specifico e complementare del medico di famiglia.

CONCLUSIONI: LE CONDIZIONI PER LA TRASFORMAZIONE

Per modificare il sistema sono necessari elementi convergenti: visione, risorse, percorsi formativi di qualità, competenze certificate e incentivi adeguati. In assenza di questi elementi si generano frustrazione, false partenze e resistenze che allontanano i giovani dalla professione.

L'esperienza delle medicine di gruppo integrate rappresenta in Italia un patrimonio unico, che dovrebbe essere messo a disposizione dei decisori per orientare le scelte e rendere questo modello operativo un riferimento diffuso. Servono indicatori per monitorare processi ed esiti. Solo così si potrà ricostruire fiducia nel sistema, favorire la ripartenza e attrarre le nuove generazioni.

*Fabio Bortot – Medico di Medicina Generale,
AULSS 1 Dolomiti*

La nostra medicina di gruppo integrata è il ri-

sultato di un percorso iniziato circa dieci anni fa, quando un gruppo di colleghi si è riunito per discutere la possibilità di costituire una forma associativa evoluta. Non tutti hanno poi mantenuto la motivazione necessaria: alcuni hanno abbandonato il progetto per altri interessi o per resistenza al cambiamento. In due anni siamo riusciti a realizzarlo.

Un elemento distintivo della nostra esperienza è che operiamo in una struttura privata: abbiamo cercato autonomamente la sede e sosteniamo un affitto come privati. Non siamo adiacenti a una struttura ospedaliera. Nelle fasi iniziali abbiamo incontrato contestazioni legate alla vicinanza a una farmacia, che ritenevamo del tutto irrilevante ai fini della nostra attività. Il supporto ricevuto in quella fase fu determinante per l'avvio concreto del progetto.

LA STRUTTURA OPERATIVA

La medicina di gruppo è composta da sei medici di medicina generale, sei segretari e sei infermieri. Al termine di settembre 2024 avevamo in carico 10.963 assistiti, un numero che ha oggi superato le 11.000 unità. Il territorio coperto si estende da Ponte nelle Alpi a Pedavena, da Farra d'Alpago a Valmorel, per una superficie complessiva di 735 chilometri quadrati su una

provincia che ne conta 3.678. Dalla nostra sede raggiungiamo 15 chilometri verso nord e 35 verso sud.

Vale la pena segnalare un'anomalia organizzativa che ci penalizza: i residenti nei comuni serviti sono classificati come abitanti di zone disagiate, ma poiché il nostro studio ha sede a Belluno, questi pazienti non risultano formalmente in zona disagiata e non beneficiamo dei contributi previsti per tali aree. In sostanza, copriamo 735 chilometri quadrati di territorio montano ma siamo trattati come una medicina di gruppo operante nel centro di Padova.

I NUMERI DELL'ATTIVITÀ

L'infermeria esegue mediamente 290 prestazioni settimanali, che spaziano dalle medicazioni semplici alla piccola chirurgia ambulatoriale, dalle infiltrazioni articolari alle valutazioni previste dai PDTA per scompenso cardiaco, diabete e altre patologie croniche. La segreteria – presidiata da tre operatori per dodici ore al giorno – gestisce un carico di lavoro considerevole: il lunedì si ricevono in media 600 telefonate, mentre negli altri giorni della settimana le chiamate variano dalle 350 alle 400. Con tre linee disponibili, garantire risposte immediate è oggettivamente complesso. Le chiamate ven-

gono filtrate dalla segreteria e solo una quota raggiunge direttamente i medici.

Ciascun medico effettua mediamente circa 30 visite programmate al giorno e gestisce dalle 25 alle 30 telefonate. Questo volume di contatti esisteva già prima della costituzione della medicina di gruppo, ma il modello associativo consente di organizzare il lavoro in modo più strutturato, eliminando le interruzioni continue che caratterizzavano l'attività individuale. Le telefonate vengono generalmente concentrate alla fine della giornata lavorativa, consentendo di svolgere ogni attività con maggiore qualità e continuità.

GLI STRUMENTI DIAGNOSTICI E LA MEDICINA D'INIZIATIVA

Durante le visite disponiamo di strumentazioni fornite dall'ULSS – ecografi, elettrocardiografi, spirometri, strumenti per il controllo della coagulazione – che consentono di monitorare costantemente l'evoluzione delle malattie croniche e di adottare un approccio proattivo. Questi strumenti rendono concretamente praticabile la medicina d'iniziativa: non si aspetta che il paziente si presenti con un problema acuto, ma lo si monitora attivamente per prevenirlo.

Gli ambulatori sono aperti dodici ore al giorno, dalle 8 alle 20, per cinque giorni alla settimana, con due ore aggiuntive il sabato, con la presenza costante di un medico. Questo garantisce una risposta in tempo reale ai bisogni degli assistiti, riducendo il ricorso al pronto soccorso per problemi che possono essere gestiti sul territorio.

I RISULTATI E LA SODDISFAZIONE PROFESSIONALE

Il modello di lavoro in équipe produce risultati concreti. Nel corso dell'anno è stata realizzata una giornata vaccinale con mille somministrazioni in un'unica giornata. Durante la pandemia sono stati raggiunti numeri straordinari, ricevendo riconoscimenti sinceri dalla popolazione assistita.

Un vantaggio non secondario riguarda la qualità del lavoro professionale: la possibilità di confrontarsi tra colleghi, valorizzare le competenze di tutti i membri del team e lavorare in modo integrato con infermieri e segretari trasforma l'esperienza quotidiana del medico. I colleghi delle medicine di gruppo di Santo Stefano di Cadore e di Longarone, comprendendo anche la zona dello Zoldano, confermano unanimemente che non torne-

rebbero a lavorare individualmente nei propri ambulatori.

LE CRITICITÀ

Non mancano le difficoltà. Una riguarda la comunicazione pubblica: episodi di rappresentazione distorta del lavoro dei medici di famiglia sui media e sui social network generano incomprensioni sui tempi di attesa o sugli appuntamenti programmati. Di fronte ai numeri illustrati, non è sempre possibile soddisfare immediatamente tutte le richieste, pur gestendo sistematicamente le urgenze nell'ambito della giornata.

Una criticità strutturale riguarda i costi: operando in una struttura privata, si sostengono tutti gli oneri di gestione, che a fine anno ammontano a circa 50.000 euro da dividere tra sei medici. Si tratta di un impegno economico significativo che non trova riscontro in alcun riconoscimento istituzionale specifico per il modello organizzativo adottato.

Permane inoltre una resistenza culturale all'interno della categoria. Un episodio emblematico risale a nove anni fa, quando si liberò il piano terra dell'ospedale di Agordo e venne offerto ai medici della zona per costituire una medicina di gruppo integrata con spazi, infermieri e se-

gretari già disponibili a costi contenuti: l'iniziativa non si concretizzò. Non sempre le proposte innovative trovano accoglienza, anche quando i vantaggi sono evidenti.

UNA PROSPETTIVA PER IL TERRITORIO

La medicina di gruppo integrata permette di praticare una medicina diversa: proattiva, strutturata, capace di utilizzare strumentazioni appropriate e di valorizzare il lavoro in équipe.

Il medico che lavora in questo contesto mantiene più a lungo la motivazione professionale e rimane operativo sul campo più a lungo. In un contesto demografico come quello bellunese, caratterizzato da un progressivo invecchiamento della popolazione e da una crescente prevalenza di cronicità e multimorbidità, questo non è un dettaglio: è una condizione essenziale per la tenuta del sistema.



QUINTA SESSIONE

SALUTE DELLA MENTE, FORZA DELLA COMUNITÀ: PROMUOVERE LA CONSAPEVOLEZZA E LA RESILIENZA

*Moderatrice: **Paola Paludetti** – Direttore Servizi Socio Sanitari, ULSS 1 Dolomiti*

***Francesco Amadeo** – Professore Ordinario di Psichiatria, Università di Verona*

I determinanti della salute mentale sono molteplici e richiedono interventi articolati su ambiti diversi. Come ricorda l'Organizzazione Mondiale della Sanità, non c'è salute senza salute mentale: il benessere psicologico non riguarda esclusivamente i pazienti che frequentano i servizi specialistici, ma la popolazione nel suo insieme. Tra i determinanti funzionali si annoverano il buono stato di salute generale, l'indipendenza, la qualità del sonno, il livello energetico e la disponibilità di un sistema assistenziale di qualità. Nel contesto territoriale in cui operiamo assumono particolare rilevanza i determinanti ambientali: un ambiente favorevole e una buona qualità dell'aria sono componenti essenziali anche per la salute mentale. La letteratura scientifica documenta una correlazione tra depressio-

ne e alcuni inquinanti ambientali che esercitano un'azione diretta sul sistema nervoso centrale. I determinanti sociali comprendono il supporto sociale, la coesione comunitaria, le reti di sostegno, le interazioni sociali e il cosiddetto social engagement – il sentirsi parte attiva di una comunità e contribuire al suo benessere. Tra questi rientra anche la salute mentale nei luoghi di lavoro: occuparsi del benessere psicologico dei lavoratori non è solo un impegno sociale, ma produce effetti misurabili sulla produttività. Queste pratiche dovrebbero diventare patrimonio comune di tutte le organizzazioni, pubbliche e private.

Gli aspetti personali includono l'autonomia, il mantenimento della privacy, la stabilità, la disponibilità di spazi di riposo e la possibilità di mantenersi attivi. I cambiamenti climatici producono effetti rilevanti sulla salute mentale: la letteratura recente documenta una crescente ansia climatica, in particolare tra gli adolescenti e i giovani adulti, sulla quale è necessario sviluppare interventi specifici.

LE VARIABILI CHE INFLUENZANO I SERVIZI DI SALUTE MENTALE

Nell'analisi dei servizi di salute mentale, diverse variabili concorrono a determinarne l'efficacia: lo status socioeconomico dell'area in cui i servizi operano, le caratteristiche del territorio, il profilo degli utenti, l'organizzazione e la disponibilità dei servizi. Nel contesto montano assume particolare peso un ulteriore fattore: la distanza fisica dai servizi, che rappresenta una barriera concreta all'accesso.

Le caratteristiche socioeconomiche esercitano un effetto rilevante sulla salute mentale. Dall'analisi dei dati dei servizi emerge un dato significativo: l'incidenza dei disturbi psichici non varia in funzione dello status socioeconomico, ma ne varia la prevalenza. Le persone che vivono in aree disagiate o in condizioni economiche più difficili rimangono legate ai servizi per periodi più lunghi, con prese in carico più estese. Per queste persone aumenta anche il numero di ricoveri, e questi ricoveri hanno una durata maggiore – passando da una media di due settimane a tre – a parità di patologia e gravità clinica.

INDICATORI DI QUALITÀ E IL FENOMENO DEL REVOLVING DOOR

Per valutare la qualità dei servizi di salute men-

tale è necessario disporre di indicatori appropriati. In uno studio europeo con dati italiani provenienti dal Veneto, due indicatori si sono rivelati particolarmente informativi.

Il primo è il tempo che intercorre tra la dimissione ospedaliera e il primo contatto con il servizio territoriale: un indicatore cruciale per garantire la continuità delle cure e prevenire le interruzioni nel percorso assistenziale. Il secondo è il fenomeno del cosiddetto revolving door, ovvero la frequenza con cui i pazienti vengono ripetutamente ricoverati. Questo indicatore riflette direttamente la qualità del funzionamento territoriale: servizi territoriali efficaci producono meno riammissioni; servizi che perdono il contatto con i pazienti ne producono di più. I dati veneti mostrano che, a novanta giorni dalla dimissione, il 30% delle persone torna nuovamente in ospedale: un dato che impone una riflessione approfondita.

STRATEGIE PER MIGLIORARE LA CONTINUITÀ E L'ACCESSIBILITÀ

Lo studio europeo Refinement ha identificato gli elementi che favoriscono la continuità delle cure: una distribuzione adeguata dei servizi sul territorio, la riduzione delle liste d'attesa, una strategia strutturata per mantenere il contatto con i pazienti dopo la dimissione, una comuni-

cazione efficace tra i diversi servizi coinvolti e la predisposizione di un piano di trattamento già al momento della dimissione, affinché il paziente sappia con chiarezza quale sarà il suo percorso una volta preso in carico dal territorio.

Lo studio ha evidenziato come l'Italia – grazie al modello integrato ospedale-territorio del Veneto – e la Spagna disponessero di sistemi di finanziamento favorevoli alla continuità, a differenza di Austria e Norvegia, dove l'organizzazione dei servizi tendeva invece a frammentarla.

L'accessibilità non è solo fisica, ma anche organizzativa: i servizi devono essere in grado di rispondere ai bisogni reali della popolazione. Alcuni centri diurni, ad esempio, si sono progressivamente trasformati in servizi orientati alla popolazione anziana, perdendo capacità attrattiva per i più giovani. È necessario conoscere la domanda esistente nel territorio e adattare continuamente l'offerta, tenendo conto dei fattori fisici e logistici – disponibilità e costo dei trasporti, barriere architettoniche ed economiche – che condizionano in modo concreto la frequentazione dei servizi.

Quando i servizi non sono fisicamente raggiungibili, le tecnologie disponibili offrono strumenti di compensazione preziosi: telemedicina, applicazioni per la gestione della terapia e il

supporto alle attività quotidiane, dispositivi indossabili per la valutazione dei comportamenti, sensori domestici per interventi di emergenza, strumenti di self-care per l'auto-monitoraggio. Queste tecnologie non sostituiscono il contatto diretto con il paziente, ma rappresentano un supporto utile e in molti casi indispensabile.

STANDARD DI TRATTAMENTO E ORIENTAMENTO ALLA RECOVERY

Le linee guida per il trattamento dei disturbi psicotici delineano uno standard di qualità articolato: trattamento entro due settimane dall'invio, accesso alla psicoterapia cognitivo-comportamentale, interventi di supporto alle famiglie, adeguata gestione farmacologica con formazione appropriata, programmi di supporto al lavoro orientati alla recovery piuttosto che alla riabilitazione tradizionale, monitoraggio della salute fisica data la stretta interazione tra benessere fisico e mentale, promozione dell'attività fisica e programmi di educazione e supporto per i caregiver.

Questo insieme di standard costituisce un riferimento operativo concreto per valutare e migliorare la qualità dei servizi, anche nei contesti territoriali più complessi come quello montano, dove la distanza e la frammentazione de-

mografica rendono la sfida organizzativa particolarmente impegnativa.

Gerardo Favaretto – *Medico Psichiatra, Consulente AULSS 1 Dolomiti*

Se oggi è possibile parlare di comunità e salute mentale, lo dobbiamo a chi negli anni Settanta ha introdotto il concetto di comunità in contrapposizione a quello di istituzione, lavorando contro una logica istituzionalizzante, anonimizzante e omogeneizzante. È doveroso ricordare la figura di Franco Basaglia – di cui celebriamo il centenario dalla nascita – che ha reso possibile questa riflessione. Basaglia non ha mai sostenuto di possedere la verità, né ha elaborato una teoria sistematica: ha sviluppato una pratica, che consisteva nel sottrarre i bisogni di salute ai luoghi chiusi e nel porre la questione della comunità al centro del discorso sulla cura.

IL DOCUMENTO DI CONSENSO

In preparazione di questo incontro, un gruppo di lavoro ha prodotto un documento di consenso che ha affrontato le questioni fondamentali della salute mentale nel territorio. Il documento è strutturato intorno a quattro aree tematiche: la definizione di salute mentale nella

comunità, i valori fondamentali di riferimento, l'organizzazione dei servizi e la promozione della cultura della salute mentale.

Definire la salute mentale nella comunità richiede una riflessione sulle specificità locali, sulle trasformazioni demografiche ed economiche e sulle relazioni tra le persone che quella comunità la costituiscono. Tutto ciò che conferisce significato alla parola comunità esce dal linguaggio specialistico medico e psichiatrico: chi si occupa di salute deve ampliare il proprio sguardo verso la dimensione sociale, che rappresenta la natura e l'identità delle comunità e del loro modo di essere.

I VALORI FONDAMENTALI: EFFICACIA E GLOBALITÀ

I due valori fondamentali attorno ai quali è stato costruito il documento sono l'efficacia e la globalità degli interventi. L'efficacia significa progettare e realizzare interventi che siano realmente utili alla salute mentale, evitando dispersione di risorse su azioni prive di impatto documentato. La globalità implica intendere la salute mentale come una dimensione che riguarda le persone fragili in generale, non esclusivamente i cosiddetti pazienti psichiatrici – un'etichetta che tende a ridurre la complessità dei bisogni individuali.

Chi si rivolge a un servizio di salute mentale viene classificato come paziente psichiatrico; chi accede a un servizio per le dipendenze viene classificato come dipendente. In realtà le persone hanno bisogni articolati, globali e complessi che richiedono approcci multidisciplinari e integrati. Le etichette diagnostiche rischiano di frammentare artificialmente ciò che nella realtà è unitario.

LA GESTIONE DELL'EMERGENZA E DEL TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO

Tra le necessità concrete individuate per questo territorio figura l'implementazione di un protocollo prefettizio relativo alle procedure di trattamento sanitario obbligatorio. Si tratta di uno strumento estremamente complesso che, in un contesto caratterizzato da una comunità ampia e distribuita in piccoli nuclei, deve essere gestito in modo uniforme e standardizzato. Non può essere trattato come un evento eccezionale di fronte al quale l'amministratore si trova impreparato: devono esistere procedure condivise e conosciute che consentano di affrontare queste situazioni evitando improvvisazioni e potenziali incidenti.

L'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI TERRITORIALI E LA PROSSIMITÀ

Il documento affronta l'organizzazione dei Cen-

tri di Salute Mentale, delle strutture residenziali e delle relazioni tra i diversi servizi – quelli per le dipendenze, per l'età evolutiva, per gli anziani – nella consapevolezza che la salute mentale è una dimensione trasversale a tutte le aree di fragilità e disabilità. La prossimità dei servizi non è un obiettivo accessorio: in un territorio montano è una condizione necessaria per garantire l'accesso e la continuità della cura.

LA PROMOZIONE DELLA CULTURA DELLA SALUTE MENTALE

L'ultima sezione del documento riguarda la promozione della cultura della salute mentale e dell'inclusione. Dai contributi emersi nel corso della giornata – relazione, alleanza, interesse, costanza, continuità – si delinea con chiarezza cosa si intende per cultura della salute mentale: la responsabilità all'interno della relazione di cura. Questa cultura deve essere formata e trasmessa agli operatori come opportunità professionale, affinché ciascuno diventi consapevole di operare all'interno di relazioni significative, non semplicemente di erogare prestazioni. Per ciascuno degli aspetti trattati nel documento sono disponibili definizioni puntuali e proposte operative, consultabili nel testo integrale.

SESTA SESSIONE

CRONICI MA CURABILI: APPROCCI INTEGRATI PER MIGLIORARE LA QUALITÀ DELLA VITA

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

Giuseppe Fornasier – Direttore UO Cure Palliative, AULSS 1 Dolomiti

Le cure palliative rappresentano una componente essenziale della rete di presa in carico del paziente e hanno conosciuto negli ultimi anni uno sviluppo significativo, accompagnato da un crescente interesse da parte della Regione Veneto e delle aziende sanitarie. La nostra azienda si è sempre dimostrata particolarmente sensibile a queste tematiche, e il territorio in cui operiamo vanta una presenza storicamente rilevante in questo ambito.

I PRINCIPALI PROVVEDIMENTI NORMATIVI REGIONALI

Tre delibere regionali recenti hanno conferito un assetto più solido e sistematico alle cure palliative nel Veneto. La DGR 553 del 2018 ha

rappresentato un punto di riferimento fondamentale, sottolineando l'importanza dell'individuazione precoce dei pazienti con bisogno di cure palliative. Un elemento qualificante è il riconoscimento che le cure palliative non riguardano più esclusivamente i pazienti oncologici: oggi il rapporto tra pazienti oncologici e non oncologici con bisogno di cure palliative si attesta intorno al 40-60%, con una quota crescente di patologie croniche non neoplastiche.

La DGR 1636 del 2022 ha introdotto i requisiti per l'accreditamento delle reti di cure palliative, riconoscendo la necessità di competenze certificate e percorsi formativi strutturati, in un ambito che ha conosciuto sviluppi scientifici rilevanti e che non può permettersi di essere autoreferenziale.

La DGR 993 del 2023 ha definito il piano di potenziamento delle reti regionali di cure palliative per l'età adulta e pediatrica, prevedendo procedure di accreditamento, la messa a regime di un sistema informativo ospedaliero già

operativo nella nostra azienda, e la definizione di una cartella clinica domiciliare regionale – strumento indispensabile per la gestione delle attività assistenziali a domicilio.

L'INDIVIDUAZIONE PRECOCE COME ELEMENTO STRATEGICO

Se l'obiettivo principale delle cure palliative è garantire la migliore qualità di vita possibile ai pazienti che si avvicinano alla fine della vita, l'identificazione precoce del bisogno è la condizione che rende possibile ogni altro intervento. Quanto prima viene individuato un paziente con bisogno di cure palliative, tanto prima è possibile attivare una presa in carico a 360 gradi, integrando tutte le potenzialità della rete assistenziale e coinvolgendo tutti gli attori che ruotano attorno al paziente.

L'ACCREDITAMENTO DELLE RETI E L'EQUITÀ TERRITORIALE

L'accreditamento delle reti aziendali risponde a uno scopo essenziale: garantire un'erogazione di cure palliative uniforme su tutto il territorio. Nel contesto della nostra provincia – dove le distanze sono considerevoli e i pazienti distribuiti in modo frammentato, dalla città fino alle zone più periferiche verso Cortina e il confine – que-

sto principio acquisisce un valore particolare. Ogni paziente ha il diritto di ricevere assistenza di qualità equivalente, indipendentemente dalla propria collocazione geografica, tanto più che le cure palliative sono Livelli Essenziali di Assistenza. L'obiettivo fissato per il 2028 è raggiungere il 90% dei pazienti con potenziali bisogni di cure palliative.

LA RETE COME PARADIGMA E IL RUOLO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Parlare di cure palliative significa entrare nel concetto di rete assistenziale, non descrivere un servizio isolato. In questa rete tutti gli attori che circondano il paziente hanno un ruolo. In considerazione dell'importanza della precocità della presa in carico, la collaborazione con i medici di medicina generale – o, come preferiamo dire, con i medici specialisti del territorio – diventa fondamentale, soprattutto nel nostro contesto geografico complesso. Il medico di medicina generale è il professionista che conosce i pazienti, li segue nel tempo e si trova nella posizione privilegiata per valutare i bisogni e identificare i potenziali candidati a una presa in carico con approccio palliativo.

In questa direzione sono stati realizzati per-

corsi formativi come rete delle cure palliative: è in corso un programma avviato alcuni mesi fa e che si concluderà a dicembre, che coinvolge più di 200 professionisti tra infermieri, medici di medicina generale e medici ospedalieri. L'obiettivo è sviluppare la capacità di identificazione precoce dei pazienti con bisogno di cure palliative e definire per ciascuno i percorsi assistenziali più appropriati.

Giampietro Luisetto – *Medico di Medicina Generale, AULSS 1 Dolomiti; Coordinatore Regionale SICP*

Il Piano Nazionale della Cronicità persegue obiettivi tra loro interconnessi: migliorare la qualità di vita delle persone affette da patologie croniche, rendere più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza, assicurare maggiore uniformità ed equità nell'erogazione dei servizi, e ridurre il peso della malattia sull'individuo, sulla famiglia e sul contesto sociale.

La persona che convive con una patologia cronica si trova a gestire tre dimensioni dell'autogestione: gli aspetti medici della malattia, i cambiamenti nei ruoli di vita che essa provoca e le conseguenze psicologiche ed emotive del-

la propria condizione. Tenere presenti queste tre dimensioni è indispensabile per progettare interventi che siano realmente centrati sulla persona.

LA TRANSIZIONE DEMOGRAFICA E LE SUE IMPLICAZIONI

I dati del rapporto dell'Azienda Speciale Consortile Agordina del 2020 documentano un aumento significativo degli ultra settantenni, particolarmente nelle valli del territorio. Si osserva attualmente un picco di over 50 che diventeranno over 70 nei prossimi vent'anni, a fronte di un calo consistente degli under 40. Tra vent'anni ci troveremo di fronte a una popolazione di anziani spesso isolati nelle zone montane, privi di caregiver o assistiti da caregiver della stessa età: anziani fragili, multimorbidi e multitrattati, con evidenti ricadute sul sistema sanitario e sociale.

Di fronte a risorse umane ed economiche sempre più limitate – a tutti i livelli, da quello infermieristico a quello medico, dagli assistenti sociali agli psicologi – è necessario ottimizzare e valorizzare ciò che già esiste. Anche il volontariato sta invecchiando, rappresentando un'ulteriore criticità che non può essere ignorata.

LE TECNOLOGIE COME LEVA PER I TERRITORI REMOTI

Nelle zone più lontane, dove non è possibile instaurare forme di medicina integrata, occorre ottimizzare le figure presenti e implementare in modo più deciso i sistemi di telesalute e telemedicina. Le nuove tecnologie possono contribuire a rendere le aree remote luoghi più vivibili, evitando ai cittadini la necessità di percorrere decine di chilometri per accedere a un servizio. Per i pazienti cronici è fondamentale potenziare i servizi di assistenza domiciliare: aiuto nelle faccende domestiche, accompagnamento ai centri diurni, distribuzione dei farmaci a domicilio e monitoraggio della loro assunzione – quest'ultimo aspetto con benefici diretti sia per i pazienti sia in termini di appropriatezza e risparmio di risorse.

IL RUOLO DELLE RSA NELLA GESTIONE DELLA CRONICITÀ

Le RSA e i centri servizi rappresentano il contesto in cui è maggiormente concentrata la presenza di anziani fragili. Con gli opportuni supporti economici, queste strutture dovrebbero evolversi verso la gestione attiva della cronicità, in linea con la transizione epidemiologica in atto. I dati del progetto Mano Amica, seguito

da sette anni, indicano che l'80% degli anziani ospiti dei centri servizi decede all'interno di queste strutture e che dal 35 al 50% di essi muore entro sei mesi dall'ingresso. Questa evidenza di fragilità estrema richiede un cambio di approccio: maggiore attenzione alla qualità di vita e alla gestione dei sintomi, con minore enfasi sulla prognosi e sulla durata della vita.

I centri servizi dovrebbero diventare erogatori integrati di servizi sociali, psicologici e sanitari, aperti alla fragilità del territorio circostante. Nelle zone più periferiche, strutture di questo tipo potrebbero accogliere pazienti con particolari necessità – come le sedute dialitiche – garantendo loro un ambiente protetto e una prima risposta ai bisogni. È in corso una progettazione promossa dall'Associazione Mano Amica per la realizzazione di stanze del sollievo, o stanze di residenzialità palliativa, in alcune strutture del distretto di Feltre, destinate ad accogliere persone in condizione di terminalità e potenzialmente aperte al territorio.

CONTINUITÀ DELLE CURE E APPROCCIO PALLIATIVO

Garantire la continuità delle cure richiede una comunicazione costante tra il centro servizi, l'unità di cure palliative, il territorio e i medici di

medicina generale. L'approccio palliativo – con particolare attenzione al fine vita – deve diventare una competenza diffusa, non appannaggio esclusivo degli specialisti.

Nella nostra Unità di Valutazione e Équipe sono presenti medici esperti in cure palliative certificati, supportati dalle associazioni Cucchini e Mano Amica, che possono fungere da consulenti per i centri servizi laddove manchi una figura di riferimento specifica. Una ventina di medici ha già partecipato a un percorso formativo con particolare interesse per le cure palliative: se adeguatamente sensibilizzati e formati, potrebbero estendere le cure palliative di base su tutto il territorio, in stretta collaborazione con l'unità specialistica. Un capitolo numericamente più ridotto, ma di grande rilevanza etica ed emotiva, riguarda i pazienti pediatrici oncomatologici. Dal 2019 l'unità operativa di pediatria è diventata un centro di riferimento aziendale con funzione di modello assistenziale di transizione tra il centro specialistico e il territorio, operando anche nell'ambito delle cure palliative pediatriche. La Regione Veneto ha avviato nel 2023 un corso sulla terapia del dolore specifico per le cure palliative pediatriche, destinato a istruttori regionali, cui seguirà un corso aziendale rivolto a tutti i professionisti del territorio.

LA PRESCRIZIONE SOCIALE E IL RUOLO DEL VOLONTARIATO

Un documento OMS del 2022 ha introdotto il concetto di prescrizione sociale: un approccio attraverso il quale gli operatori sanitari mettono i pazienti in contatto con servizi non sanitari per migliorare la salute e il benessere, affrontando le cause alla base dei problemi piuttosto che limitandosi al controllo dei sintomi. Questo approccio richiede alleanze intersettoriali e forme integrate di organizzazione.

Il volontariato e la società civile mantengono un ruolo fondamentale, nonostante l'invecchiamento delle associazioni. Il volontariato ha sempre svolto un ruolo cruciale sia nell'ambito delle cure palliative sia delle malattie demenziali, organizzando percorsi formativi per familiari, caregiver e volontari che assistono persone in condizioni di fragilità. È necessario che queste associazioni costituiscano una rete strutturata, con scambio e condivisione di risorse umane. Nella nostra provincia è attivo il Comitato d'Intesa, la cui missione è promuovere il dialogo, la circolazione di informazioni e un atteggiamento propositivo tra le realtà del territorio.

SETTIMA SESSIONE

COMUNITÀ IN AZIONE

*Moderatore: **Pietro Paolo Faronato** – Coordinatore Progetto «Salute Oltre la Città», AULSS 1 Dolomiti*

***Maria Chiara Santin** – Presidente ASCA*

ASCA nasce il 9 gennaio 2017 dalla convergenza di due spinte distinte: da un lato l'esigenza normativa di ritrasferire ai comuni le competenze in materia di gestione dei servizi socio-sanitari – in particolare quelli rivolti alla popolazione anziana –, dall'altro la volontà politica di dare sostanza concreta a tale processo di riavvicinamento. L'azienda è stata costituita per organizzare l'assistenza domiciliare, il servizio sociale professionale, la gestione della porta d'accesso ai servizi e la conduzione della residenza per anziani non autosufficienti ubicata ad Agordo, con l'obiettivo di sviluppare nel tempo ulteriori servizi previsti dalla normativa o ritenuti necessari dalla stessa azienda.

ASCA è un ente strumentale dei sedici comuni dell'Agordino, dotata di personalità giuridica,

di un proprio statuto e di autonomia imprenditoriale. I comuni soci approvano annualmente il bilancio previsionale e il bilancio consuntivo; l'azienda è tenuta a realizzare gli adempimenti contenuti nella programmazione annuale secondo gli indirizzi espressi dai sindaci, nel rispetto del piano di zona e della normativa regionale e nazionale vigente.

IL MODELLO AGORDINO: UNA REGIA UNITARIA PER LA PRESA IN CARICO INTEGRATA

Nel corso dei sette anni di attività, l'azienda ha operato con l'obiettivo esplicito di non rimanere ferma sull'assetto originario, sviluppando i servizi di partenza e stipulando convenzioni significative con le altre realtà del territorio. L'insieme di queste scelte ha dato origine a quello che oggi è possibile definire il «modello agordino»: un sistema che muove dalla sistematica analisi dei bisogni della comunità e dalla ricerca delle risposte più adeguate a soddisfarli. L'elemento qualificante di questo modello risiede nel fatto che, grazie alla rete di conven-

zioni attivate, la persona viene presa in carico integralmente sotto un'unica regia direzionale, attraverso una gamma diversificata di risposte che si articola nelle relazioni tra professionisti, enti e associazioni di volontariato con l'azienda sanitaria. Il territorio agordino, con i suoi poco più di 18.000 abitanti, è in grado di garantire alla persona fragile un ventaglio di risposte strutturato, reso possibile dalla presenza di professionisti che operano in modo coordinato e si confrontano sistematicamente sui bisogni rilevati e sulle soluzioni adottate.

Attualmente ASCA gestisce, attraverso questo sistema di convenzioni, due residenze per anziani non autosufficienti, una residenza per anziani più autonomi, due asili nido, un asilo, la farmacia, il servizio sociale professionale, la porta d'accesso, l'assistenza domiciliare e l'insieme dei servizi aggiuntivi sviluppati su iniziativa dell'azienda stessa.

L'ASSISTENZA DOMICILIARE E I CENTRI SOLLIEVO

L'assistenza domiciliare si caratterizza per la presa in carico di persone residenti in un territorio geograficamente vasto e orograficamente complesso, seguite anche a quote di 1.400-1.500 metri di altitudine. Nel solo 2023,

professionisti, operatori e volontari di ASCA hanno percorso complessivamente 93.000 chilometri e consegnato 26.000 pasti a domicilio: un dato che illustra con efficacia tanto l'estensione degli interventi quanto il ruolo strutturale del volontariato all'interno del sistema.

I servizi territoriali si sviluppano anche attraverso quattro centri sollievo distribuiti nelle diverse aree dell'Unione Montana Agordina, collocati in luoghi rappresentativi per le rispettive comunità – dalle canoniche agli edifici scolastici. Questi centri rappresentano spesso l'unico luogo di aggregazione disponibile, nel quale professionisti, volontari e abitanti si incontrano stabilmente.

I SERVIZI RESIDENZIALI E LA PROSPETTIVA DEL SUPERAMENTO DEL MODELLO RSA

I servizi residenziali di ASCA comprendono la Residenza per Non Autosufficienti di Agordo, che accoglie per il cinquanta per cento ospiti con patologie dementigene, e la Residenza Mista di Livinallongo, gestita in integrazione con la prima sotto un'unica regia, così da rispondere ai bisogni in modo più armonico ed efficiente. Un ulteriore sviluppo in corso di completamento riguarda l'apertura di un centro diurno per persone non autosufficienti nei locali di Agor-

do. Parallelamente, ASCA ha assunto la gestione della Residenza di Taibon, pensata per persone autosufficienti: una struttura che ospita oggi circa un centinaio di residenti e che, contrariamente alle previsioni iniziali, continua a registrare una domanda sostenuta. Essa si configura come luogo di protezione, monitoraggio sanitario e vita comunitaria per persone che, pur classificate tecnicamente come autonome, sono spesso centenari che scelgono di vivere in un ambiente strutturato nella fase conclusiva della loro vita. Il fatto che gli ospiti provengano non soltanto dall'Agordino, ma anche da altre zone della provincia dimostra come un servizio ben strutturato, anche se collocato in un'area periferica, possa rispondere efficacemente a bisogni che trascendono l'ambito locale. Con il finanziamento di fondi di confine è in via di apertura un ulteriore centro diurno; con gli stessi fondi si procederà alla ristrutturazione di una parte degli edifici di Agordo per realizzare un progetto di superamento del modello RSA tradizionale. Il progetto prevede, in posizione adiacente all'ospedale, la realizzazione di monolocali con adeguati spazi comuni e una piccola foresteria, configurando un modello organizzativo innovativo che potrà accogliere sia persone che necessitano di frequentare servizi

sanitari per periodi determinati, sia persone più autonome che, grazie alle nuove tecnologie installate, potranno fruire di un ambiente protetto in una posizione centrale e facilmente accessibile.

RIFLESSIONI CONCLUSIVE

Il percorso compiuto in questi sette anni testimonia la volontà di accogliere e interpretare i bisogni della comunità, di rispondervi nel modo più adeguato possibile e di mantenere la necessaria flessibilità rispetto all'evoluzione delle situazioni. La progressiva estensione del perimetro dei servizi gestiti, l'integrazione tra professionalità diverse e il coinvolgimento del volontariato locale hanno permesso di costruire un sistema di welfare territoriale capace di adattarsi a un contesto geografico e demografico complesso.

Paolo Frena - *Presidente Unione Montana Agordina*

L'intervento prende avvio da una considerazione di contesto: è significativo che questo convegno si svolga l'8 novembre, data in cui, nel 2000, veniva approvata la legge 328, la cosiddetta legge Turco, legge quadro per i servi-

zi sociali. Una legge che, pur avendo ricevuto numerose critiche nel tempo, rimane un riferimento fondamentale per il settore e che già anticipava molti dei temi di cui oggi continuiamo a discutere.

IL MODELLO AGORDINO E LE SFIDE ATTUALI

Il modello agordino è un modello di comunità nato in un particolare momento di difficoltà e rivendicato con orgoglio. Esso è sostenuto dall'impegno congiunto di tutti i sedici comuni afferenti al territorio, che hanno messo a disposizione fondi straordinari – fondi per le strutture, fondi per le aree interne, fondi per la montagna e risorse regionali gestite direttamente dal GAL – consentendo di fronteggiare le difficoltà conseguenti alla restituzione delle deleghe da parte della Regione ai rispettivi comuni e di superare il difficile periodo della pandemia. Questo stesso modello deve oggi necessariamente confrontarsi con nuovi paradigmi emergenti.

LA COSTITUZIONE DI ASCA E I SERVIZI TERRITORIALI

La volontà di costruire una proposta unitaria di gestione dei servizi per il territorio ha portato i sindaci a fondare ASCA, l'Azienda Consortile

Agordina, con il duplice obiettivo di garantire continuità ai servizi già in essere e di ricondurre sotto un'unica regia quelle strutture che si trovavano in difficoltà: la casa di soggiorno di Taibon, l'asilo nido di Cencenighe, la direzione in convenzione di Agordo Servizi e la direzione di FODOM Servizi, che gestisce la casa di riposo Villa San Giuseppe di Livinallongo. Questo percorso è stato reso possibile dalla fattiva collaborazione dell'ULSS e, in particolare, dall'impegno della compianta dottoressa Carraro, del dottor Dal Ben e dei rispettivi staff.

LE NUOVE SFIDE: LE AGENZIE DI TUTELA DELLA SALUTE

Gli amministratori, e in particolare i sindaci, hanno il dovere di guardare avanti e affrontare con coraggio le sfide che l'istituzione delle Agenzie di Tutela della Salute comporterà. Si tratta di realtà sulle quali la conoscenza è ancora limitata e che richiederanno un impegno serio sul fronte della formazione. La competenza è condizione necessaria per affrontare con autorevolezza le problematiche del settore e per essere protagonisti attivi e propositivi nella delicata fase costitutiva delle nuove agenzie. Sarà indispensabile valutare con attenzione quali servizi attualmente gestiti da ASCA restituire e

quali invece mantenere o sviluppare in collaborazione con le nuove strutture.

RISPOSTE CONCRETE AI BISOGNI DEL TERRITORIO

L'esperienza diretta di amministratore ha insegnato quanto sia importante saper ascoltare bisogni che rischiano di restare invisibili. Poche settimane dopo l'insediamento, alcuni genitori di persone con disabilità fisiche si sono rivolti chiedendo risposte a necessità che il territorio non aveva mai affrontato in modo sistematico. Da quell'incontro è nata l'idea di avviare un processo progettuale condiviso, che ha portato all'ottenimento di un finanziamento tramite il GAL nell'ambito dei progetti di comunità. Nei prossimi giorni si riunirà la cabina di regia per definire le procedure necessarie alla realizzazione dei primi sei alloggi con i relativi servizi.

LE SPECIFICITÀ DEL TERRITORIO DI MONTAGNA

Un territorio di alta montagna, caratterizzato da bassa densità abitativa, considerevole distanza dai principali centri di servizio, elevata prevalenza di popolazione anziana e significative difficoltà di trasporto pubblico, rende la gestione di una rete di servizi sociali e la ga-

ranza dei livelli essenziali di assistenza particolarmente complessa. Questa complessità costituisce la sfida centrale: il territorio richiede un impegno straordinario per difendere le specificità di un'area periferica e dei cittadini che vi risiedono. In risposta, l'area centrale dei fondi comuni coordinata dall'Unione Montana Agordina ha destinato nelle ultime programmazioni oltre venti milioni di euro alle strutture del territorio. È inoltre in corso, in coordinamento con i comuni di Alleghe e Canale d'Agordo, la realizzazione di due nuove sedi distrettuali socio-sanitarie per un importo superiore ai tre milioni di euro.

RICONOSCIMENTI

Un riconoscimento esplicito va al mondo del volontariato, che costituisce un pilastro insostituibile del sistema: i volontari impegnati nella veicolazione dei pasti a domicilio, il coordinamento delle Croci Agordine, il Soccorso Alpino, il GAV, l'Associazione Pettiroso e molte altre realtà. Un ringraziamento particolare, a nome di tutti i sindaci dell'Agordino, va alla dottoressa Santin: quanto realizzato in questi anni è stato possibile anche grazie al suo impegno e a quello del suo staff. In un periodo segnato da mille difficoltà – i PAI, la pandemia, le continue

trasformazioni normative – la sua presenza, la sua disponibilità e la qualità del suo contributo non sono mai venuti meno. Nel momento in cui si appresta a lasciare questo contesto, le va tributato un riconoscimento pubblico che va ben oltre il gesto formale.

Giustina De Silvestro – Rappresentante del Comune di Domegge di Cadore

Nel corso di questa giornata la parola «comunità» è ricorsa con una frequenza inusuale per un convegno medico. Sono stati utilizzati termini come coesistenza e coabitazione per descriverla, ma a queste definizioni mancano due elementi essenziali: la comunione e la condivisione. Provengo dal Cadore e conosco bene quella realtà – un territorio vastissimo, con piccole comunità scarsamente abitate, in molti casi ancora più fragili di quelle agordine. La conclusione a cui si giunge, confrontandosi anche con altri nel corso di questa giornata, è che la comunità va ricostruita.

LA NECESSITÀ DI RICOSTRUIRE IL TESSUTO COMUNITARIO

Coesistenza e coabitazione non bastano nemmeno a descrivere ciò che accade oggi all'inter-

no delle famiglie. La famiglia è il primo nucleo di aggregazione comunitaria, eppure non tutte le famiglie sono oggi una comunità nel senso autentico: in molti casi si tratta di una mera convivenza, con scarsa comunione e scarsa condivisione. Ricostruire questo tessuto richiede il coinvolgimento di attori che oggi mancano al tavolo: i rappresentanti dei genitori, le scuole, le parrocchie, tutti quei punti di aggregazione che un tempo strutturavano la vita collettiva e che oggi sono in gran parte venuti meno.

La riflessione porta a chiedersi quale possa essere il collante capace di tenere insieme i diversi componenti di una comunità. Il primo responsabile della comunità è il sindaco – la figura istituzionale che ha il compito di dialogare con tutti e di favorire il dialogo reciproco tra i membri della comunità stessa. È per questo che la partecipazione degli amministratori locali a momenti come questo non è un dettaglio secondario, ma una condizione necessaria.

IL VOLONTARIATO COME RISORSA STRUTTURALE

Tutto ciò che è stato presentato oggi – iniziative, progetti innovativi, modelli organizzativi – rischia di non raggiungere i propri obiettivi se non trova una corrispondenza nella comunità.

La mappatura dei punti di fragilità all'interno di una piccola comunità è un passo importante e, in paesi di 1.500 o 2.000 abitanti come i nostri, è un'operazione concretamente praticabile.

Il braccio operativo di questo processo potrebbe essere il volontariato. L'Italia dispone di strutture di volontariato solide e diffuse. Ma nelle piccole comunità esiste una costellazione di gruppi informali che non hanno un riconoscimento formale, non sono iscritti ad alcun registro, non compaiono in alcuna mappatura. Su nessuno dei siti dei comuni del Cadore è censito l'insieme dei gruppi di volontariato attivi sul proprio territorio. Si tratta di una risorsa preziosa che resta inutilizzata. Non solo questi gruppi andrebbero censiti, ma andrebbero anche messi in relazione tra loro – perché la connessione tra i piccoli gruppi di paesi diversi genera una rete che diventa una forza per l'intera comunità montana.

IL RUOLO DELLA COLLABORAZIONE ISTITUZIONALE

I bisogni di salute sono sostanzialmente gli stessi ovunque, ma i contesti in cui si opera sono profondamente diversi. Anche gli amministratori sono diversi tra loro: il fatto che nell'Agordino si sia riusciti a costruire una visio-

ne condivisa e a dar vita ad ASCA è stato il risultato di una convergenza su un obiettivo comune – e questa convergenza non è scontata. Se i sindaci e i comuni procedessero a mappare sistematicamente le risorse di volontariato presenti sul proprio territorio, il volontariato stesso potrebbe diventare quel collante capace di trasformare la comunità in un partner effettivo della salute, in modo più rapido e solido di quanto si possa fare attraverso i soli strumenti istituzionali.



CONCLUSIONI

Giuseppe Dal Ben – *Commissario Straordinario*
ULSS 1 Dolomiti

Questa giornata è stata densa di contenuti e di spunti progettuali di alto livello. Le relazioni presentate hanno offerto un quadro articolato delle possibilità di sviluppo per la sanità territoriale di montagna, confermando che siamo di fronte a un campo in cui la riflessione scientifica e l'esperienza operativa possono produrre risultati concreti e significativi. Il senso complessivo di quanto è stato condiviso potrebbe essere sintetizzato in una frase: «Sanità di montagna: puntare al cuore della comunità». Essa sintetizza efficacemente il messaggio centrale emerso oggi – promuovere la salute con la partecipazione attiva della comunità.

Vale la pena ricordare che questo terzo incontro si iscrive in un percorso più ampio: a Feltre ci si è confrontati sulle problematiche generali legate all'ambiente e al contesto, a Pieve di Cadore è stato affrontato il tema delle reti tempo-dipendenti, e oggi l'attenzione è stata dedicata al territorio nella sua complessità socio-sanitaria. Un percorso che richiede tempo

e impegno, ma che sta producendo una visione sempre più coerente e condivisa.

INSIEME È MEGLIO: IL VALORE DELLA COLLABORAZIONE

Accanto al tema della partecipazione comunitaria, un secondo concetto ha attraversato trasversalmente l'intera giornata: insieme è meglio. Le sfide possono essere affrontate e i successi possono essere condivisi solo se esiste un'unione reale tra le persone e le istituzioni che credono nel sistema sanitario e socio-sanitario. Il mondo sanitario, da solo, non è in grado di promuovere la salute; altrettanto vale per il mondo sociale. Insieme, invece, è possibile costruire percorsi significativi e duraturi, capaci di rispondere in modo integrato ai bisogni di una popolazione distribuita su territori complessi.

La collaborazione tra tutte le componenti del territorio è una condizione imprescindibile, e ciascuno è chiamato a fare la propria parte con competenza e responsabilità. Lo dimostrano le esperienze concrete presentate nel corso della giornata, in cui l'integrazione tra soggetti diver-

si ha prodotto risultati che nessuno avrebbe potuto raggiungere operando in modo isolato. In questo spirito va il ringraziamento agli amministratori locali presenti, ai sindaci in particolare, per la collaborazione che stanno offrendo all'azienda sanitaria. L'obiettivo condiviso è uscire da quella narrazione di negatività che spesso avvolge la montagna quando si parla di servizi. In questo anno e mezzo di lavoro comune si è cercato sistematicamente di far emergere le positività che questo territorio esprime nei sistemi sanitario, sociale e socio-sanitario. Occorre continuare con determinazione in questa direzione: il piangersi addosso non aiuta e rischia anzi di scoraggiare proprio quelle energie locali che rappresentano la risorsa più preziosa. Serve la volontà di fare squadra e lavorare insieme per garantire anche in montagna quella omogeneità dei servizi che i cittadini chiedono e che è loro diritto ricevere.

SALUTE MENTALE E CRONICITÀ

Tra i temi affrontati, quello della salute mentale merita una riflessione a parte. I dati presentati dall'epidemiologo – in particolare quelli relativi ai suicidi – sono preoccupanti e impongono una risposta che vada ben oltre le dichiarazioni di intenti. Uno striscione apparso

all'ingresso della sede del convegno recitava: «Meno convegni, più impegni». È una provocazione comprensibile nel suo impulso, ma che rischia di essere fuorviante nella sua semplificazione. Protestare è facile; affrontare problemi complessi richiede invece la disponibilità a sedersi attorno a un tavolo, a costruire gruppi di lavoro interdisciplinari, a coinvolgere le associazioni e a cercare soluzioni concrete insieme, con pazienza e metodo. È su questo piano che occorre concentrare le energie, trasformando la giusta indignazione in impegno operativo.

Altrettanto rilevante è il tema dell'approccio alla cronicità, emerso in più momenti della giornata. Le patologie croniche rappresentano una sfida crescente per i sistemi sanitari territoriali, e la risposta efficace parte invariabilmente dall'integrazione tra servizi sanitari, sociali e di comunità. Non esistono soluzioni mono-specialistiche per problemi che per loro natura attraversano più ambiti: anche in questo caso, la logica del lavoro congiunto è l'unica che può produrre risultati sostenibili nel tempo.

PROSPETTIVE FUTURE

È previsto un quarto appuntamento, a Belluno, nei primi mesi del prossimo anno, che cercherà di tirare le fila di quanto emerso e di rendere

conto in modo trasparente di ciò che è stato effettivamente realizzato. L'obiettivo dichiarato fin dall'inizio è non parlare soltanto tra addetti ai lavori, ma produrre soluzioni e, possibilmente, cominciare ad attuarle già nel corso di questo percorso. L'incontro di Belluno sarà l'occasione per misurare la distanza tra le intenzioni dichiarate e i risultati concreti, e per individuare i passi successivi con maggiore precisione.

È motivo di soddisfazione il lavoro svolto in questa giornata, nella consapevolezza che ogni lavoro ben fatto genera nuovo lavoro da fare. L'impegno è quello di continuare, con la stessa determinazione e la stessa apertura al confronto che hanno caratterizzato questa giornata.



DOCUMENTI DI CONSENSO

CONVEGNO DI AGORDO - AULSS 1 DOLOMITI

Provincia di Belluno

DAL CUORE DELLA COMUNITÀ:

PROMUOVERE LA SALUTE CON UNA PARTECIPAZIONE ATTIVA

GRUPPO DI LAVORO

NOME	RUOLO
Sandro Cinquetti (Coordinatore)	Direttore Dipartimento Prevenzione, Aulss 1
Marica Battistin	Infermiera Coordinatrice
Erica Bino	Statistica, Ulss 1
Fabio Bortot	Medico di Medicina Generale, Ulss 1
Amedeo Buzzo	Consigliere Comunale, Santo Stefano di Cadore
Danilo De Toni	Sindaco, Comune di Alleghe
Nahuel Fiorito	Dipartimento Prevenzione, Ulss 1
Alberto Lovat	Assistente Sanitario, Ulss 1
Vincenzo Marcotrigiano	Dipartimento Prevenzione, Ulss 1
Gianpaolo Risdonne	Pediatra di Libera Scelta, Ulss 1
Manuel Zorzi	Direttore Servizio Epidemiologico Regionale, Azienda Zero

1. COME STANNO I BELLUNESI?

1.1 DEMOGRAFIA

La popolazione residente nell’AULSS 1 ammonta a poco meno di 200.000 persone ed è caratterizzata da una progressiva riduzione dell’indice di natalità, con soli 1.063 nati nel 2023 (a fronte di valori compresi tra 1.600 e 1.800 negli anni fino al 2011), e da un corrispondente aumento dell’indice di vecchiaia

(rapporto tra soggetti con 65 anni e oltre e soggetti tra 0 e 14 anni), che nel 2023 ha raggiunto il valore di 255, rispetto alla media regionale di 195.

La speranza di vita alla nascita ha interrotto la crescita osservata nel periodo antecedente alla pandemia e si mantiene stabile: nel 2023 è stata pari a 83,2 anni, di poco inferiore al dato regionale (83,8 anni).

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

1.2 STILI DI VITA

Dai dati del sistema di monitoraggio PASSI emerge che la percentuale di fumatori tra la popolazione maschile dell'AULSS Dolomiti è pari al 25%, con un ulteriore 25% costituito da ex fumatori. Tali valori risultano in linea con le medie regionali. Un dato che merita attenzione è invece il 22,3% di donne fumatrici, sensibilmente superiore al 17,6% registrato in Veneto.

Un aspetto particolarmente critico riguarda il consumo di alcol. La percentuale di intervistati che dichiarano un consumo alcolico «a maggior rischio» — inteso come consumo abituale elevato, oppure consumo episodico eccessivo e consumo di alcol fuori pasto — è del 42% tra i maschi e del 28% tra le femmine; in entrambi i sessi il dato è significativamente superiore rispetto alla media regionale, che si attesta rispettivamente al 32% e al 22%. Anche il fenomeno del binge drinking (consumo episodico eccessivo con l'assunzione di più di quattro o cinque unità alcoliche in un'unica occasione) è molto diffuso: viene riportato dal 33% dei maschi (contro il 19% in Veneto) e dal 17% delle femmine (contro il 9% in Veneto). Non si osservano segnali di riduzione del consumo di alcol nel corso del tempo.

Un dato positivo emerge invece sul fronte dell'attività fisica: tra i residenti dell'AULSS Dolomiti soltanto il 5% dei maschi e il 10% delle femmine rientrano nella categoria dei sedentari, mentre rispettivamente l'82% e il 67% degli inter-

vistati risultano fisicamente attivi. Tali valori sono significativamente migliori rispetto alle medie regionali. Tuttavia, a essi non si associa uno stato ponderale altrettanto favorevole: tra i maschi il 10% è obeso e un ulteriore 39% è in sovrappeso, in linea con il dato regionale; tra le femmine si conferma la percentuale di obesità del 10%, mentre le donne in sovrappeso rappresentano il 22%. Anche in questo caso i valori coincidono con quelli regionali. Il confronto dei dati raccolti nel corso degli anni dal sistema PASSI mostra che l'eccesso ponderale è sostanzialmente stabile nel tempo.

I dati del sistema di sorveglianza «Okkio alla Salute», condotto sui bambini delle scuole primarie (6–10 anni), delineano una situazione potenzialmente critica: le percentuali di bambini fisicamente non attivi sono superiori alla media regionale (22% contro 12%), le quote di bambini che giocano all'aperto (72% contro 77%), che svolgono attività sportiva strutturata (39% contro 46%) e che si recano a scuola a piedi o in bicicletta (20% contro 26%) risultano inferiori al dato veneto di riferimento.

1.3 MORTALITÀ

Nel 2023 sono deceduti complessivamente 2.444 bellunesi. Le principali cause di morte sono le malattie circolatorie (783 decessi, tra cui 196 per cardiopatia ischemica e 159 per malattie cerebrovascolari) e i tumori (628, tra cui 100 per tumore del polmone, 56 per tumore del pancreas, 45 per tumore del colon-retto e 41 per tumore del fegato). I deceduti per demenza o malattia di Alzheimer sono stati 100.

Il tasso standardizzato di mortalità per tutte le cause nel triennio 2020–2022 è risultato superiore alla media regionale, con un eccesso di circa il 5% sia nei maschi (1.101 contro 1.044 per 100.000 abitanti) sia nelle femmine (706 contro 674). Va sottolineato che i tassi di mortalità negli ultimi quindici anni sono in progressiva riduzione, con la sola eccezione del periodo pandemico.

Il tasso di mortalità per tutti i tumori è stato di 310 per 100.000 nei maschi (dato veneto: 290) e di 193 nelle femmine (dato veneto: 179). Tali tassi mostrano una riduzione rilevante nel tempo, essendo stati prossimi a 500 per 100.000 nel triennio 2008–2010 nei maschi e a 250 per 100.000 nelle femmine.

Tra i maschi si segnalano eccessi significativi di mortalità rispetto alla media regionale per il tumore del fegato (30 contro 18 per 100.000 in Veneto), per il tumore dello stomaco (19 contro 13) e per il tumore della prostata (32 contro 24). Tra le femmine si registra un eccesso di mortalità per il tumore del polmone (32 contro 24 per 100.000 in Veneto). I tassi di mortalità per tumore del polmone nei maschi e per tumore del colon-retto in entrambi i sessi risultano invece inferiori alla media regionale, seppur in misura non statisticamente significativa.

Tra le altre principali cause di morte, le cardiopatie ischemiche e le malattie cerebrovascolari sono in linea con il dato regionale, mentre il tasso di decessi dovuti a diabete mellito è inferiore alla media veneta in entrambi i sessi. Si registra invece un eccesso nella mortalità per malattie epatiche nei maschi (22 contro 14 per 100.000).

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

1.4 TUMORI

Analizzando l'incidenza dei tumori nel decennio 2011–2020, rispetto al dato medio regionale si osserva, nella popolazione maschile residente nell'AULSS Dolomiti, un eccesso in particolare per il tumore del fegato (44 contro 29 per 100.000) e per i tumori della cavità orale (25 contro 19 per 100.000). L'incidenza

di tumore del colon-retto è invece inferiore (73 contro 80 per 100.000).

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

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

2. PREVENZIONE E CONTRASTO DELLE DISUGUAGLIANZE DI SALUTE

Tenuto conto dei tassi di mortalità e dei tassi di incidenza e/o prevalenza più elevati rispetto alla media regionale per le patologie sopra riportate, e considerati alcuni fattori di rischio — riconducibili a stili di vita scorretti — presenti nella popolazione della Provincia di Belluno, all'interno del territorio dell'Azienda AULSS 1 Dolomiti sono state avviate specifiche progettualità per contrastare, mediante iniziative preventive e di promozione della salute, alcune forme di disuguaglianza, con particolare riferimento ai seguenti ambiti:

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

2.1 VACCINAZIONE GRATUITA CONTRO LA TBE

L'Azienda AULSS 1 è classificata come zona ad alta endemia per le malattie correlate all'infezione da virus della Tick-Borne Encephalitis (TBE). Con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 612 del 14 maggio 2019 (Allegato A) è prevista l'offerta gratuita della vaccinazione all'intera popolazione residente nell'Azienda AULSS 1 Dolomiti (Provincia di Belluno) e a tutti i soggetti appartenenti ad alcune categorie a rischio — quali i volontari del soccorso alpino — su tutto il territorio regionale. A seguito dell'approvazione della citata delibera regionale sono state somministrate le seguenti dosi di vaccino contro la TBE: 13.729 nel 2019, 24.995 nel 2020, 11.588 nel 2021, 18.678 nel 2022, 18.541 nel 2023 e 18.008 nel periodo dal 1° gennaio al 31 ottobre 2024.

2.2 PREVENZIONE DEL MELANOMA MALIGNO

Il Dipartimento di Prevenzione ha elaborato una campagna di prevenzione del melanoma maligno denominata «Montagna sì, Melanoma no». Il progetto opera su più contesti di vita: le scuole primarie della Provincia di Belluno partecipano a incontri formativi rivolti agli studenti, ai quali viene chiesto di realizzare disegni per la creazione di tovagliette per i pasti, con il coinvolgimento dell'Ufficio Scolastico Territoriale. Le tovagliette vengono distribuite alla maggior parte dei rifugi alpini della Provincia di Belluno al fine di sensibilizzare sul tema gli escursionisti. I rifugi alpini sono inoltre coinvolti in un'ulteriore progettualità nell'ambito della prevenzione del melanoma: si tratta del progetto «Rifugi sani e sicuri», che vede la partecipazione del Club Alpino Italiano (CAI), della Commissione Centrale Medica del CAI, dell'Associazione Gestori Rifugi Alpini del Veneto (AGRAV), del Soccorso Alpino e di Confcommercio Belluno. Uno dei requisiti aggiuntivi previsti per ottenere il riconoscimento di «rifugio sano e sicuro» è garantire la disponibilità di creme solari ad alto fattore di protezione e di cappelli con visiera o bandana, esposti in area ben visibile, che possano essere commercializzati

a prezzo contenuto su richiesta dei fruitori. Le tematiche di prevenzione del melanoma maligno vengono trattate anche nel corso di serate rivolte alla popolazione e di iniziative specifiche, come il «Treno della Salute» (organizzato dal CUAMM – Medici per l'Africa e dalla Regione del Veneto).

2.3 PROMOZIONE DELL'ATTIVITÀ MOTORIA E DELLA SANA ALIMENTAZIONE

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

2.4 DISASSUEFAZIONE AL FUMO DI TABACCO E CONTRASTO AL CONSUMO DI ALCOL

Approfondendo i temi della disassuefazione dal fumo di tabacco e del contrasto al consumo di alcol, nel corso degli anni l'AULSS 1 Dolomiti ha attivato le seguenti offerte: ambienti sanitari liberi dal fumo; gruppi e ambulatori per smettere di fumare; il progetto di prevenzione «Fuoriposto» (Coordinamento Nazionale Safe Night delle Unità Mobili operanti nel mondo della notte e del divertimento); counselling motivazionale breve in contesti opportunistici; progetti di contrasto al consumo di alcol rivolti agli ambienti scolastici.

2.5 INVECCHIAMENTO ATTIVO E PREVENZIONE DELLE CADUTE NELL'ANZIANO

In tema di invecchiamento attivo — ricompreso anche nel punto 2.3 relativo alla promozione dell'attività motoria e della sana alimentazione — sono stati

proposti alcuni progetti concernenti la prevenzione delle cadute e degli incidenti domestici: il ciclo di incontri sull'invecchiamento attivo «Verso l'Argento»; serate informative rivolte alla popolazione; realizzazione di poster e video sulla prevenzione delle cadute in casa. Queste iniziative sono realizzate in collaborazione con i seguenti stakeholder: circoli per gli anziani, Comitato d'Intesa, Antenna Anziani, AUSER e case di riposo.

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

3. AREE DI MIGLIORAMENTO

I dati epidemiologici evidenziati attestano la necessità di potenziare e migliorare le iniziative — anche preventive — di contrasto ad alcuni capitoli di patologia di particolare rilievo: salute mentale, intossicazioni da monossido di carbonio (spesso correlate ad abitazioni inadeguate e disagiate), traumi da traffico (chiaramente intersecati con l'abuso di alcol). Riprendendo i cinque temi affrontati, emergono le seguenti aree di miglioramento:

1. Le vaccinazioni anti-TBE effettuate in Provincia di Belluno raggiungono circa 20.000 dosi annue, con uno sforzo organizzativo che nessun'altra Azienda AULSS del Veneto è tenuta a sostenere. Differenziando la somministrazione tra prime dosi e richiami, si osserva che il numero di prime dosi è tendenzialmente in calo nell'ultimo triennio. Su questo fronte è necessario mobilitare ulteriori risorse affinché la cittadinanza possa avvalersi di questa opportunità e vengano avviati nuovi cicli di vaccinazione contro la TBE.
2. In merito alla prevenzione del melanoma maligno — la cui campagna si sta

affermando non solo a livello provinciale, ma anche regionale — è possibile individuare ulteriori azioni per il riconoscimento precoce delle problematiche della pelle: sviluppo dell'autonomia e della capacità dei cittadini nell'autodiagnosi; possibilità per la medicina generale di formulare una diagnosi accurata, riducendo così l'invio dei cittadini agli ambulatori dermatologici.

3. Come intervenire sulla sedentarietà pediatrica? Alcune possibili soluzioni riguardano il miglioramento dell'accessibilità agli sport organizzati (non solo invernali) e l'offerta di un sostegno per gli spostamenti, in particolare nei comuni con meno di 5.000 abitanti.
4. Per quanto riguarda la disassuefazione al fumo di tabacco e il contrasto al consumo di alcol, nonostante le progettualità già attive, le dimensioni del problema — in particolare per il consumo di alcol — rimangono sproporzionate rispetto alle risorse e alle proposte disponibili. Appare comunque necessario un percorso progettuale inter-istituzionale (sanità, scuola, imprenditoria, volontariato, municipalità, forze dell'ordine, ecc.) orientato a: modificare il paradigma «positivo» che talvolta caratterizza l'uso-abuso di bevande alcoliche, spesso descritto come tratto di normalità e specificità territoriale; attivare percorsi educativi in ambito scolastico fondati su criteri pedagogici adeguati e su prove di efficacia; migliorare la risposta sanitaria alle situazioni patologiche alcol-correlate, anche con riferimento al sostegno delle famiglie con specifiche difficoltà interne.
5. La popolazione afferente all'Azienda AULSS 1 si contraddistingue per indici di natalità e di vecchiaia preoccupanti, ancor più se confrontati con quelli di altre province e regioni. Anche in questo caso le dimensioni del problema non sono trascurabili e andrebbero affrontate contrastando lo spopolamento dei piccoli comuni, valorizzando l'ambiente montano, attivando campagne di sostegno della natalità e promuovendo un invecchiamento attivo e in buona salute, contrastando al contempo la solitudine della popolazione anziana.

INSIEME È MEGLIO:

SFIDE E SUCCESSI NELLA COOPERAZIONE TRA PROFESSIONISTI SANITARI

GRUPPO DI LAVORO

NOME	RUOLO
Lucia Dalla Torre (Coordinatrice)	Direttore Distretto, AULSS 1
Michele Busatti	Coordinatore cantiere PNRR «Case della Comunità»
Paolo Battocchio	Direttore Valbelluna Servizi
Fabio Bortot	Medico di Medicina Generale
Maurizio Cancian	Medico di Medicina Generale
Paolo Fadigà	Medico di Medicina Generale
Paolo Frena	Presidente Unione Montana Agordina
Luigi Pais De Mori	Presidente Ordine Infermieri Belluno
Katia Pagotto	Coordinatore cantiere PNRR «Infermiere di Famiglia o Comunità»
Giulia Quariglio	Consulta Giovani Cadore
Gianpaolo Risdonne	Pediatra di libera scelta
Federica Schievenin	Coordinatore cantiere PNRR «Farmacia dei Servizi»

1. RAZIONALE

I moderni sistemi di sicurezza sociale devono oggi affrontare le sfide poste dal profondo cambiamento in atto, che vede svolgersi simultaneamente una transizione demografica, epidemiologica e sociale. Tali trasformazioni mettono in luce,

in modo evidente, l'inadeguatezza di un modello assistenziale incentrato esclusivamente sulla cura delle patologie acute, in un contesto in cui invece la promozione della salute, la prevenzione e la riabilitazione svolgono un ruolo fondamentale.

Le ragioni che impongono un cambio di paradigma risiedono nell'enorme complessità dei processi che influiscono su salute e malattia. Le malattie croniche — che colpiscono tutte le età della vita e assumono progressivamente caratteristiche di clusterizzazione legate all'emergere di nuovi fattori di rischio — rappresentano la grande sfida dei servizi sanitari: esse, per definizione non guaribili, non possono essere adeguatamente affrontate né con un approccio attendista che interviene solo quando il patrimonio di salute della persona è già compromesso, né attraverso un modello assistenziale di matrice esclusivamente biomedica.

Le dimensioni con cui è necessario interagire nella cura delle persone superano, infatti, la sola sfera biologica della dicotomia salute-malattia e coinvolgono gli aspetti psicologici, esistenziali, culturali, sociali, economici, politici, ambientali e altri ancora, noti nel loro insieme come determinanti di salute. Da questa consapevolezza scaturisce la visione di un sistema assistenziale in cui l'oggetto dell'azione non sia limitato al trattamento delle patologie, ma orientato alla salute, centrato sulle persone e sulle comunità.

Tale ambizioso obiettivo dipende dall'adozione di politiche per la salute che vadano oltre le dimensioni strettamente biomediche, interessando altri ambiti: il lavoro, i trasporti, l'alimentazione, l'istruzione, l'abitare, l'attività fisica e altro ancora.

In questa prospettiva diviene prioritario sviluppare servizi sanitari che superino un approccio pre-stazionale e frammentato, evitando al contempo l'illusione che un approccio di tipo specialistico-prestazionale sia sufficiente — illusione talvolta alimentata dal concomitante straordinario sviluppo tecnologico della biomedicina.

Ciò risulta ancor più urgente nell'attuale contingenza, caratterizzata dalla crisi strutturale dei sistemi socio-sanitari-assistenziali. Se da un lato è acclarato l'incremento del numero di persone con malattie croniche e condizioni di non autosufficienza — conseguenza di una mancata risposta proattiva, preventiva e individualizzata — dall'altro si fa fatica a tradurre in risposte adeguate e sistematiche la priorità delle soluzioni più semplici e più vicine al contesto di vita delle persone. In

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

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

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

Il processo di implementazione della riforma — accolta con favore poiché introduce su tutto il territorio nazionale funzioni e standard per la sanità terri-

toriale (innovative per molte regioni, ma già attive in Veneto) — comporta una serie di passaggi attuativi a livello nazionale, regionale e aziendale.

Ai fini del presente documento preme sottolineare il valore, soprattutto a livello aziendale, della dinamica bottom-up, che trova spazio e riconoscimento nell'architettura complessiva dell'attualizzazione della riforma, monitorata a livello nazionale attraverso il raggiungimento degli step del programma NextGenerationEU.

Le aree interne rappresentano a questo proposito un osservatorio e un laboratorio di estremo interesse: esse affrontano in modo più radicale le sfide legate all'accessibilità, all'elevato indice di vecchiaia e allo spopolamento, con le conseguenti difficoltà nel reperire risorse umane in grado di mantenere operativi i servizi sul territorio. Tali caratteristiche impongono attente valutazioni di appropriatezza nella progettazione dell'offerta, che deve mantenere l'equilibrio di sistema anche introducendo logiche di stratificazione del bisogno. Le caratteristiche sociodemografiche delle aree interne, unite alla fragilità del contesto geografico, richiedono risposte flessibili e resilienti, valorizzando l'innovazione organizzativa e tecnologica.

Se nei modelli teorici si sottolinea l'importanza della comunità come determinante di salute, in area montana tale comunità costituisce una risorsa imprescindibile. Si tratta di un soggetto — la comunità locale — composto da stakeholder plurimi che, a vario titolo e anche formalmente, fanno parte della rete dei servizi. Ma nella logica di rete entra a far parte di questo «interlocutore comunità» anche il tessuto — o capitale — sociale, fatto di relazioni, interdipendenze, fragilità e singolarità.

2. ÉQUIPE MULTIPROFESSIONALE: COMPETENZE IN CAMMINO

L'équipe multiprofessionale di assistenza primaria è composta da un nucleo operativo di base costituito dal Medico di Medicina Generale (MMG) o dal Pediatra di Libera Scelta (PLS), dall'infermiere territoriale e da un collaboratore amministrativo o di studio.

Nel contesto allargato, l'équipe si arricchisce di ulteriori figure sanitarie (farmacista, psicologo, fisioterapista, medico specialista) e sociali, in primis l'assistente sociale, che costituisce a tutti gli effetti una componente «fissa» delle équipe integrate. L'obiettivo dell'équipe è erogare risposte organizzate ai bisogni della popolazione di riferimento:

- nei quattro ambiti principali dell'assistenza primaria (promozione della salute e prevenzione, gestione delle malattie croniche, gestione della fragilità e del fine vita, risposta ai bisogni non differibili);
- in setting diversi e flessibili (ambulatorio, domicilio, residenze assistenziali, comunità);
- con una logica di collaborazione professionale che ottimizza le competenze di ciascuno al fine di garantire un servizio adeguato e proporzionato al bisogno;
- utilizzando strumenti di integrazione professionale, come la pianificazione personalizzata degli interventi sulla base dei bisogni del paziente (Piano Assistenziale Individualizzato – PAI).

2.a MEDICI DI MEDICINA GENERALE E PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

Analizzando lo stato dell'arte nell'Azienda AULSS 1 Dolomiti, si evidenziano le seguenti forme associative della Medicina Generale: 4 Medicine di Gruppo Integrate (MGI), attive a Belluno, Comelico, Feltre e Longarone/Zoldo, che offrono assistenza a circa il 20% della popolazione della fascia over 14 anni; 5 Medicine di Gruppo (MG); 11 Medicine di Rete; 10 medici singoli. Sono inoltre attive 2 forme associative dei PLS.

Punti di forza

Le forme associative più complesse — sia MGI che MG — garantiscono una presen-

za medica maggiore nella sede di riferimento e assicurano al contempo capillarità di risposta grazie al mantenimento degli ambulatori periferici. I medici così organizzati esprimono un elevato apprezzamento per questa modalità organizzativa, che — grazie alla presenza di collaboratori di studio e infermieri — ha consentito di far fronte all'aumentato carico di lavoro determinato dall'incremento delle richieste da parte dei pazienti. Vi è inoltre la percezione, da parte dei medici, di offrire un servizio di qualità superiore, per il quale i pazienti sono disposti anche a rinunciare ad «avere il medico sotto casa».

Sono ampiamente utilizzate le sedi distrettuali periferiche, sia da medici singoli sia da medici in rete, garantendo una presenza medica di prossimità e favorendo l'integrazione professionale con le altre figure già presenti nelle medesime sedi (infermiere e assistente sociale). La possibilità di inserirsi nelle sedi distrettuali — entrando fin da subito in contatto con le altre figure professionali che operano nella comunità — ha favorito l'inserimento di giovani e nuovi medici, altrimenti in difficoltà nell'affrontare da soli il nuovo contesto lavorativo.

Per far fronte ai momenti di carenza di professionisti — anche con il supporto di colleghi della Continuità Assistenziale (contratti diurni) — l'Azienda AULSS 1 ha dotato tali professionisti di un sistema informativo unico, identico a quello in uso presso la maggioranza dei MMG, favorendo così la continuità informativa.

Nella gestione delle patologie croniche e, in parte, delle prestazioni non differibili, è nota la possibilità di utilizzare strumenti di diagnostica di base, il cui impiego appropriato in assistenza primaria consiste principalmente nell'estensione dell'esame obiettivo e nel supporto alle decisioni cliniche di base (diagnosi differenziale, scelte terapeutiche, orientamento al secondo livello). Le MGI dell'Azienda AULSS 1 sono state dotate di ecografo, elettrocardiografo e spirometro. È stata recentemente adottata una deliberazione che prevede la fornitura di un ecografo anche ai MMG che operano singolarmente o in rete. È stato altresì definito e attuato un corso per l'utilizzo dell'ecografo in assistenza primaria, con moduli online e in presenza.

Criticità

La carenza di candidati al ruolo di MMG e PLS, unitamente alla curva anagrafica che permette di prevedere un rilevante tasso di cessazioni per quiescenza (il 42% dei MMG in servizio in Azienda ha un'età superiore ai 61 anni), fa emergere la fragilità strutturale dell'intero sistema di copertura universale. L'Azienda AULSS 1 ha messo in atto numerose strategie per garantire l'assistenza, anche grazie alla disponibilità dei medici in servizio ad aumentare il proprio carico di pazienti. A ciò si aggiunge la ricerca spasmodica di professionisti — compresi giovani neolaureati — ai quali affidare incarichi provvisori: questa soluzione ha permesso di dare risposta nell'immediato, ma ha al contempo evidenziato il rischio di un elevato turnover, soprattutto nei territori più svantaggiati e periferici. Il giovane medico che si trova a gestire in un solo colpo 1.550 o più assistiti necessita di affiancamento e tutorship, non sempre facili da garantire in un sistema già sovraccarico.

La mancanza di continuità sia informativa (perdita dei dati clinici dovuta all'alternarsi di medici diversi) sia relazionale costituisce una vulnerabilità rilevante. Oltre alla perdita, da parte del curante, della conoscenza del paziente e del suo contesto, aumenta l'ansia del paziente di rimanere senza un riferimento per la propria salute, soprattutto nel caso di persone anziane e fragili. Questo porta con sé un aumento della domanda — anche inappropriata — e una potenziale perdita di fiducia nel sistema assistenziale, con conseguente ricorso ad altri livelli di cura (Pronto Soccorso, specialistica, ecc.).

L'innovazione organizzativa e l'introduzione di strumenti diagnostici, pur rappresentando punti di forza, diventano elementi di criticità qualora persistano, nel medio-lungo periodo, disomogeneità nella loro applicazione sul territorio (con il rischio di creare medici e cittadini di serie A e di serie B).

Proposte

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

2.b INFERMIERE TERRITORIALE

L'introduzione della figura dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC), prevista dal DM 77 e dalla DGRV 1123 del 19 settembre 2023, vede in Azienda AULSS 1 l'attivazione sperimentale di un modello di infermieristica di comunità nel Distretto di Feltre già dal 2022.

Attualmente sono presenti 5 infermieri territoriali (4 dipendenti + 1 nell'ambito del progetto Cariverona) afferenti al Servizio di Infermieristica di Famiglia o Comunità del Distretto 2, con circa 1.500 persone in carico.

Nel novero degli infermieri territoriali sono stati mappati tutti gli infermieri dipendenti dall'Azienda AULSS 1 che lavorano nelle strutture territoriali dei due distretti, al fine di includerli nella formazione regionale prevista.

Punti di forza

Il Servizio IFoC sperimentale del Distretto 2 è pensato all'interno della filiera infermieristica territoriale e affianca il MMG nell'individuazione e nella presa in carico di persone over 65 contraddistinte da marcatori di fragilità — sia sanitaria (polifarmacoterapia, rischio caduta, ricoveri ripetuti, incontinenza urinaria, iniziale decadimento psicofisico) sia sociale (isolamento/solitudine, lontananza dai servizi). Il servizio opera nel territorio di riferimento in setting ambulatoriale, domiciliare e comunitario, e segnala il paziente agli altri nodi dell'assistenza distrettuale (ADI, Cure Palliative, Ambulatorio Infermieristico) secondo procedure codificate.

È stata strutturata una formazione regionale per orientare tutti gli infermieri territoriali al metodo di lavoro dell'infermieristica di famiglia. In aggiunta, nell'Azienda AULSS 1 sono stati identificati gli infermieri che hanno conseguito il Master in Infermieristica di Famiglia e/o la Laurea Magistrale in Cure Primarie.

Criticità

- Carenza di professionisti infermieri, già evidente e destinata, prevedibilmente, ad aggravarsi.
- Presenza di figure professionali non dipendenti dall'Azienda AULSS, ma inquadrare con vari tipi di contratto nell'ambito delle risorse messe a disposizione dalla gara d'appalto per l'esternalizzazione del servizio ADI e Cure Palliative nel Distretto di Belluno. Analogamente si pone il caso degli infermieri assunti direttamente dai MMG nelle Medicine di Gruppo o su propria iniziativa.
- Resistenza al cambiamento relativamente alla collaborazione interprofessionale, da parte di professionisti abituati a operare in autonomia.

Proposte

- Sviluppo del modello di funzionamento del Servizio IFoC, ancorandolo alla Casa della Comunità (avvio previsto ad Agordo e Feltre nel primo semestre 2025), integrando la modalità centrata sulla presa in carico della fragilità con il modello di presa in carico infermieristica dei pazienti cronici nei PDTA, come già avviene nelle Medicine di Gruppo Integrate. A tale scopo si propone di introdurre una metodica codificata e condivisa con i MMG e gli specialisti per la stratificazione della popolazione in base alla presenza di cronicità e alla complessità assistenziale.
- Avvio di percorsi formativi che coinvolgano sia gli infermieri delle Case della Comunità sia gli infermieri delle MGI e MG, definendo profili di competenza infermieristica per la presa in carico del paziente cronico sull'intero territorio aziendale.

2.c IL RUOLO DEL FARMACISTA E LA FARMACIA DEI SERVIZI

Delle 78 farmacie presenti nell'Azienda AULSS 1, circa la metà ha aderito alle progettualità previste dalla delibera recante indirizzi sull'attuazione della farmacia dei servizi nella Regione Veneto: ad oggi 37 per lo screening dell'ipertensione arteriosa non nota, 33 per lo screening dell'ipercolesterolemia non nota, circa 20 per il progetto di monitoraggio dell'aderenza terapeutica per diabete e BPCO, 35 disponibili per la televisita generale e 30 per quella specialistica, circa 26 per l'esecuzione dell'elettrocardiogramma, e poco più di 20 per l'Holter pressorio e cardiaco. Le farmacie sono inoltre impegnate nella somministrazione stagionale di vaccinazioni antinfluenzali.

Punti di forza

- La capillarità delle farmacie sul territorio, unita al rapporto fiduciario costruito dai farmacisti con i propri clienti, rappresenta un nodo non trascurabile nella progettazione di un modello di servizio di prossimità.
- La farmacia è già da tempo un nodo di rete nell'introduzione e nello sviluppo delle progettualità di informatizzazione e digitalizzazione della sanità, maturando esperienza e competenza nell'accesso ai servizi di sanità digitale a servizio della collettività.

Criticità

- Lo sviluppo dei servizi innovativi correlati alla farmacia dei servizi non è sempre agevole per le piccole farmacie periferiche, che incontrano difficoltà sia nel reclutare figure professionali sia nell'individuare spazi adeguati per le attività aggiuntive.
- Vi è il rischio di percepire la farmacia dei servizi come «concorrenziale» rispetto alle altre forme organizzative dell'assistenza primaria, contribuendo alla frammentazione della risposta, soprattutto in assenza di una progettazione complessiva e condivisa dell'offerta.

Proposte

- Coinvolgere le farmacie nell'organizzazione dell'offerta delle prestazioni all'interno del bacino di riferimento delle Case della Comunità, prestando particolare attenzione all'integrazione delle informazioni tra i vari attori (MMG, specialista, Servizio IFoC).
- Definire il contributo della farmacia dei servizi — anche con approccio speri-

mentale — in relazione a specifiche azioni e per target precisi di popolazione (ad esempio: colmare il «digital divide» della fascia 50–70 anni; supportare azioni di riconciliazione terapeutica in collaborazione con MMG e IFoC; supportare iniziative di contrasto all'antimicrobico-resistenza; favorire azioni di counselling su stili di vita e iniziative di promozione della salute).

3. RETI DI COMUNITÀ: CONTRIBUTI PER LA SPERIMENTAZIONE

La ricchezza e l'attaccamento degli attori presenti nelle nostre comunità costituiscono un punto di forza che rappresenta, ad oggi, uno dei principali freni all'abbandono dei territori montani. A uno sguardo superficiale potrebbe sembrare che l'orgoglio identitario delle comunità si traduca in battaglie per «mantenere ciò che c'è», contrapponendosi a priori alla logica economicistica dell'accentramento.

In realtà, nell'ottica dell'approccio di rete per dare risposta ai bisogni complessi, le azioni di sussidiarietà espresse dal volontariato e dall'associazionismo, l'erogazione di servizi alla persona garantita dai Centri Servizi e dalle Aziende per i Servizi alla Persona, la presenza di un Terzo Settore consapevole e innovativo, l'interlocuzione con il mondo dell'impresa e del lavoro, con la scuola e con gli enti locali (in primis le amministrazioni comunali), rendono specifica e differente per ogni contesto locale l'interazione del cittadino con il sistema dei servizi. Il gruppo di lavoro ha individuato tre aree di interesse su cui lavorare in ambito comunitario, a partire dal mandato di co-progettazione e progettazione partecipata dei servizi sotteso alla definizione di Casa della Comunità.

3.a STRUTTURAZIONE, AVVIO E MANUTENZIONE DEL PUNTO UNICO DI ACCESSO

Identificato come luogo fisico o virtuale in cui il cittadino trova una prima lettura e decodifica dei propri bisogni per essere poi orientato verso il servizio di presa in carico, il Punto Unico di Accesso (PUA) costituisce già di per sé una

sfida, in quanto integra figure professionali appartenenti alla filiera sanitaria (distretto) e alla filiera sociale (Ambito Territoriale Sociale).

Il mandato è quello di «rendere semplice» la fruizione dei servizi in base al bisogno, evitando possibilmente di allungare la filiera che, fortunatamente, nel contesto aziendale di riferimento risulta già molto corta.

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

3.b DEFINIZIONE PARTECIPATA DEL PROGETTO DI SALUTE

L'output atteso dalla presa in carico multiprofessionale nella Casa della Comunità è la definizione, con e per il paziente, di un progetto di salute personalizzato. L'obiettivo è molto ambizioso e va oltre lo strumento del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) — che rappresenta solo una componente del progetto di salute — cui tipicamente si fa riferimento per la gestione delle malattie croniche.

Il progetto di salute contiene elementi di prevenzione, obiettivi di autocura, il programma terapeutico e di follow-up, l'opportunità di attivare percorsi di e-health, il Piano Assistenziale o Riabilitativo Individualizzato, fino alla definizione del budget di salute individuale, ovvero «l'insieme delle risorse individuali, familiari, sociali e sanitarie attivate per sostenere e consolidare i progetti di domiciliarità, gli interventi sull'abitare e l'integrazione nel contesto produttivo e/o sociale, con la finalità di contrastare e, se possibile, prevenire la cronicizzazione istituzionale».

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

La proposta, in fase di attivazione delle Case della Comunità, è quella di costruire un sistema informativo che raccolga e monitori i progetti di salute avviati. Ciò potrebbe consentire un'analisi ex post delle risorse attivabili e dei bisogni privi di risposta, da utilizzare e condividere per la programmazione locale.

3.c FARE TESORO DELLE ESPERIENZE DI RETE DI COMUNITÀ

Nel gruppo di lavoro sono emerse esperienze progettuali che si caratterizzano per l'attivazione della comunità locale intorno a obiettivi di salute. L'elemento che contraddistingue ciascuna di queste progettualità è la presenza dei Centri Servizi alla Persona come partner e come motore operativo: una risorsa del territorio che interpreta un ruolo che va ben oltre la cura residenziale degli anziani non autosufficienti.

Tra queste esperienze si segnalano:

Il Filo di casa in casa

Progetto nato nella comunità di Borgo Valbelluna dalla sinergia tra il Comune e Valbelluna Servizi srl, con l'obiettivo di creare una trama di relazioni, condivisioni, conoscenze e identità tra gli anziani del territorio, le associazioni di volontariato e i professionisti. Puntando sulla presenza di operatori di prossimità collegati a una rete di professionisti per l'accoglienza e l'orientamento degli anziani in difficoltà e delle loro famiglie, il progetto — finanziato da Cariverona — ha costruito reti raggiungendo anche l'obiettivo di attivare percorsi di avvicinamento al volontariato e di partecipazione ad attività di promozione della salute e prevenzione.

Welfare di comunità a Sedico

La collaborazione tra il Comune di Sedico, Sedico Servizi, la cooperativa Itasca e l'Azienda AULSS 1, con il finanziamento di Cariverona, ha reso possibile l'attivazione della figura dell'Infermiere di Famiglia, che collabora attivamente con il MMG e l'Assistente Sociale a favore della popolazione anziana. Tale pro-

fessionista, inserito nelle attività dei circoli anziani, è diventato un facilitatore nell'ambito dell'iniziativa di promozione della salute «ArgentoVivo», condotta in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione.

«Uno sguardo comune – rete di collaboratori familiari di prossimità» in Val di Zoldo

Attivo grazie al finanziamento della Fondazione Cariverona, il progetto è coordinato dal Circolo Cultura e Stampa Bellunese e vede come partner il Comune di Val di Zoldo, l'Unione Montana Cadore Longaronese Zoldo e l'Azienda Speciale Servizi alla Persona Longarone Zoldo. Operativo dal 2022, si prefigge di contrastare l'isolamento delle persone anziane, mettendo a disposizione operatori per il trasporto — collegato sia a necessità sanitarie (visite mediche, specialistiche, esami) sia a momenti di socialità e cura della persona.

I Centri Sollievo nell'agordino

Avviati da anni nel territorio agordino, promossi e gestiti operativamente da ASCA nell'ambito della programmazione annuale in convenzione con l'Azienda AULSS 1, che riceve un finanziamento regionale, i Centri Sollievo sono momenti di aggregazione strutturata rivolti alle persone con decadimento cognitivo, al fine di favorire momenti di condivisione comunitaria per i pazienti e di sollievo per i loro caregiver. Sono attivi ad Agordo, Cencenighe Agordino, Gosaldo e Rocca Pietore e sono diventati uno dei poli aggregativi riconosciuti come valore dalla comunità.

SALUTE DELLA MENTE, FORZA DELLA COMUNITÀ: PROMUOVERE LA CONSAPEVOLEZZA E LA RESILIENZA

GRUPPO DI LAVORO

NOME	RUOLO
Gerardo Favaretto (Coordinatore)	Psichiatra – Consulente Aulss 1 Dolomiti
Paola Paludetti	Direttore Servizi Sociali, Aulss 1
Elena Arena	Psicologo Psichiatria Belluno – Coordinatore Dna
Paola Agostini	Aitsam Belluno
Angelo Brega	Primario Psichiatria, Feltre
Fabio Bortot	Medico di Medicina Generale, Aulss 1
Carlo Alberto Camuccio	Infermiere Coordinatore, Venezia
Marilisa Corso	Coordinatore Infermieristico, Aulss 1
Laura Cumerlato	Assistente Sociale, Aulss 1
Gianluca Dal Borgo	Sindaco, Chies D'Alpago
Moreno De Rossi	Direttore Dipartimento Salute Mentale, Aulss 3
Aldo Gatto	Primario Psichiatria, Belluno
Amalia Manzan	Direttore Serd, Aulss 1
Cristina Micheluzzi	Direttore Uoc Infanzia Adolescenza Famiglia, Belluno
Loris Scopel	Tutti In Campo, Feltre

1. INTRODUZIONE

La situazione dell'assistenza psichiatrica e, in generale, del lavoro in salute mentale — intesa in senso ampio, con riferimento a tutte le aree di fragilità — nel territorio dell'AULSS 1 è fortemente condizionata, com'è naturale, tanto dai problemi quanto dalle opportunità legate alle caratteristiche geografiche, demografiche e socioculturali del territorio.

Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) deve garantire diagnosi, cura, riabilitazione e prevenzione alla comunità, offrendo servizi per gli interventi di tipo ospedaliero, territoriale e riabilitativo, nonché attuando le connessioni necessarie per la coesione delle comunità e per la promozione di una cultura della salute mentale inclusiva.

La salute mentale va tuttavia intesa in senso più ampio: il termine comprende un insieme di bisogni che non si sovrappongono alle sole necessità delle persone rientranti nell'area di competenza del DSM (18–65 anni), ma si riferisce a una dimensione della salute ampia e irrinunciabile, che fa parte della condizione stessa delle persone nella loro vita ed è particolarmente fragile in condizioni di vulnerabilità. Tali condizioni di vulnerabilità conseguono non solo alla presenza di disturbi mentali, ma anche a fasi peculiari di tipo evolutivo (infanzia, adolescenza) o involutivo (età geriatrica), a comportamenti problematici (dipendenze) o alla presenza di disabilità congenite o acquisite.

Un approccio centrato sulla persona comporta la necessità di porre al centro la questione della fragilità e della vulnerabilità dell'individuo, anche tenendo conto dei contesti di vita e degli obiettivi di vita coerenti con le fragilità medesime. Lo stesso approccio non può escludere, nella gestione dei bisogni, l'inclusione dei contesti (famiglie, dinamiche di funzionamento sociale) nei quali si colloca la condizione di fragilità, né la possibilità di condividere con i portatori del bisogno obiettivi e scelte — condizione necessaria per il raggiungimento di un percorso di recovery.^[1]

Il presente documento si propone di muoversi sia sul versante riorganizzativo sia su quello della promozione culturale di un approccio al lavoro in salute mentale che vada oltre i vecchi contesti manicomiali e i modelli post-manicomiali, valorizzando quanto emerso in questi anni nella ricerca di risposte coerenti, efficaci, accessibili e globali.

Le garanzie di un progetto fondato sui principi di una pratica di comunità non possono derivare che dai valori che ne stanno alla base. Il documento è pertanto organizzato attorno alla rivisitazione di alcuni di questi valori e principi fondativi del lavoro in salute mentale.

2. ACCESSIBILITÀ DEI SERVIZI

L'accessibilità non dipende esclusivamente dalle strutture fisiche, ma anche dalla coerenza dei processi organizzativi che facilitano l'utilizzo dei servizi da parte dei portatori di bisogno: ovvero la possibilità di comunicare, ricevere informazioni, usufruire del servizio nel modo più aderente ai propri bisogni e partecipare attivamente al proprio percorso di cura.

Le difficoltà di accesso ai servizi non sono quindi secondarie alle sole caratteristiche complesse del territorio, ma dipendono anche da come il DSM viene percepito dagli operatori sanitari e sociali e dalle persone, dal grado di conoscenza del suo funzionamento e dalla capacità di utilizzo delle sue funzioni.

Anche per quanto riguarda l'utilizzo di strumenti digitali, tra le indicazioni suggerite dalla letteratura per il loro impiego in psichiatria ve ne sono almeno due che trovano piena corrispondenza nel territorio dell'AULSS 1:

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

Vi è, infatti, evidenza dell'equivalenza, in termini di efficacia, degli interventi online rispetto agli interventi faccia a faccia, non soltanto per le visite di controllo ma anche per interventi più specifici come le psicoterapie.

Proposte

- Migliorare la comunicazione con l'utenza: offrire spazi e punti di ascolto, specialmente nei territori più distanti dalla sede fisica dei servizi; favorire la comunicazione a distanza; far conoscere i servizi e le opportunità che offrono attraverso contatti con le agenzie sociali del territorio; condividere con gli interessati i programmi terapeutici e riabilitativi.
- Applicare le procedure di accoglienza già definite dal DSM in tutte le strutture e, in particolare, nei Centri di Salute Mentale (CSM).
- Implementare la possibilità di connessioni a distanza: i primi passi potrebbero consistere nell'avvio di attività in videoconferenza e nell'utilizzo di applicazioni di messaggistica come interfaccia utente-CSM. L'avvio di tali attività richiede, oltre alla formazione del personale dei CSM sulle procedure e sulle modalità operative, un'adeguata informazione dell'utenza al fine di identificare le persone con maggiori attitudini verso questa modalità relazionale e di supportarle nell'utilizzo efficace e appropriato degli strumenti.
- Consolidare il teleconsulto tra MMG, PLS, Medici Specialisti e Pronto Soccorso con il Servizio Psichiatrico (CSM – Medico Psichiatra di guardia), estendendolo anche agli altri servizi territoriali, in particolare per i casi che richiedono una gestione integrata.

3. EFFICACIA E GLOBALITÀ DEGLI INTERVENTI ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI

L'efficacia è la dimensione in cui gli interventi attuati risultano effettivamente

utili al raggiungimento degli obiettivi a cui erano finalizzati. Questa dimensione è trasversale a tutte le attività del DSM e comporta la necessità di verifiche costanti, e quindi di una conoscenza approfondita di ciò che si fa nei servizi. La globalità è la capacità dei servizi di includere gli interventi della persona in una visione complessiva che tenga conto del percorso e del progetto individuale, senza frammentare i singoli interventi. Per valutare l'efficacia è necessaria una raccolta funzionale di dati e informazioni.

IL SISTEMA INFORMATIVO

Attualmente le attività del DSM alimentano regolarmente i flussi informativi regionali, ma gli operatori dispongono solo di una visione parziale delle proprie attività e dei dati che le rappresentano. Pur essendo in fase di implementazione il Sistema Informativo Ospedaliero, non è ancora pienamente funzionante una cartella clinica informatizzata consultabile con un semplice accesso alla rete aziendale; di conseguenza, non risulta esserci condivisione informatizzata dei dati relativi agli utenti tra i diversi servizi.

Proposte

- Sottoporre agli operatori, con regolarità almeno semestrale, i dati relativi alle proprie attività.
- Avviare una cartella clinica informatizzata unica condivisa per il DSM, possibilmente estendibile agli altri servizi territoriali.
- Rendere accessibili le informazioni per l'attività di emergenza e per quella ospedaliera.

4. ASSISTENZA OSPEDALIERA ED EMERGENZE

Nonostante la convinzione — erroneamente diffusa tra alcuni soggetti del ter-

ritorio e, in parte, tra gli stessi operatori — che la presenza di un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) corrisponda a una migliore assistenza psichiatrica, i dati degli ultimi anni relativi all'SPDC sembrano indicare tendenze in miglioramento che, pur ancora superiori alle medie regionali, suggeriscono la possibilità di ricondursi a valori attesi.

Considerato che il DSM ha un mandato istituzionale (come definito dalle normative regionali e nazionali) per garantire risposte sulle 24 ore alle situazioni di emergenza e urgenza in ambito psichiatrico, è fondamentale la definizione di procedure scritte per la gestione delle emergenze. Queste riguardano non solo la gestione degli eventuali Trattamenti Sanitari Obbligatori (TSO) e degli Accertamenti Sanitari Obbligatori (ASO) — per i quali è necessario definire un protocollo aggiornato — ma anche la gestione dei casi ordinari.

Un'efficace gestione delle emergenze richiede una definizione condivisa di cosa si intenda per «emergenza»: tale definizione non può rimanere un atto interno al DSM, ma va condivisa con tutti i servizi che si occupano di emergenza in senso generale e con i servizi territoriali dedicati ad altri ambiti della fragilità.

Relativamente alle procedure per i Trattamenti e gli Accertamenti Sanitari Obbligatori, è fondamentale fare riferimento alla DGR n. 847 del 31 marzo 2009 (Linee guida regionali in tema di accertamento e trattamento sanitario obbligatorio).

Proposte

- Implementare attività di psicoeducazione per i pazienti ricoverati.
- Migliorare gli interventi psicoeducazionali per la definizione e la gestione dell'emergenza rivolti a utenti e famiglie.
- Attivare una connessione telefonica o in videoconferenza con il medico reperibile dell'SPDC e per consultazioni online h24 da parte dei MMG e della continuità assistenziale.

- Promuovere l'applicazione coerente e critica delle norme, raccomandazioni e linee guida già prodotte in tema di ASO e TSO, con un puntuale monitoraggio e valutazione degli esiti; attivare un gruppo di lavoro con il coinvolgimento prefettizio relativamente a TSO e ASO.
- Promozione e incremento di eventi formativi all'interno dei servizi e in forma trasversale, in linea con le evidenze di medicina basata sulle prove (EBM).
- Revisione e redazione dei processi relativi alla gestione dell'emergenza e dell'urgenza.
- Inclusione nei processi di utenti e familiari con esperienza dell'uso dei servizi, attraverso la creazione di una partnership e di una rete con gli Esperti in Supporto tra Pari, adeguatamente formati come risorse valorizzabili nelle varie fasi e articolazioni dell'intervento dei servizi sul disagio mentale — dal riconoscimento precoce, attraverso la presa in carico, nelle situazioni di crisi e nella prevenzione delle ricadute.

5. PROSSIMITÀ DEI SERVIZI: L'ASSISTENZA TERRITORIALE

CENTRI DI SALUTE MENTALE

In coerenza con tutte le programmazioni relative alla salute mentale, il Centro di Salute Mentale (CSM) è il fulcro organizzativo dell'attività del Dipartimento. Le specificità del territorio — estensione e dispersione demografica — comportano la necessità di articolare modalità organizzative flessibili e adeguate a garantire, come già evidenziato, accessibilità ai servizi, equità nei trattamenti e nelle risposte, nonché efficacia ed efficienza in relazione alle risorse disponibili. La prevalenza dei pazienti in carico sembra in linea con le medie regionali, ma i dati relativi a incidenza, diagnosi ed età meritano ulteriori approfondimenti. L'attività dei CSM, pur condizionata dalla nota carenza di medici psichiatri, può

contare sulla presenza di altro personale in grado di fornire ascolto e una prima valutazione dei bisogni, nonché di erogare prestazioni specifiche di tipo terapeutico e riabilitativo.

Proposte

- Rivedere l'organizzazione di alcuni CSM per implementare il lavoro di équipe. Per quanto riguarda in particolare il CSM di Feltre (già sede di uno SPDC), è possibile offrire l'opportunità innovativa — per la Regione Veneto — di gestione della crisi estendendo l'intervento alle 24 ore, come da progetto già definito e condiviso.
- Progettare punti di ascolto e di accesso prossimali ai diversi territori, anche in collaborazione con i Comuni.
- Implementare la definizione delle prestazioni per intensità di cura e individualizzazione dei programmi terapeutico-riabilitativi, in linea con la programmazione regionale e nazionale.
- Implementare il modello del case management in psichiatria.
- Promuovere il lavoro di gruppo come valore organizzativo.
- Incrementare la partecipazione di utenti e familiari, anche come collaboratori esperti.

LE STRUTTURE RIABILITATIVE E L'ATTIVITÀ RIABILITATIVA

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

Le principali criticità riguardano i tempi di permanenza nelle strutture residenziali e l'elevata età media degli utenti, oltre alle caratteristiche delle strutture stesse. La collocazione delle comunità terapeutiche, in particolare, segue prevalentemente — con alcune eccezioni minoritarie — il principio del riutilizzo di

strutture già destinate ad attività sanitarie (ex ospedali, l'ex ospedale psichiatrico) oppure di lasciti e donazioni in condizioni strutturali non ottimali. Questa scelta ha alimentato la convinzione che le strutture siano un riferimento per specifici Comuni o territori, confliggendo con una visione globale e dipartimentale dell'attuazione dei progetti riabilitativi residenziali.

Proposte

- Rivalutazione dei progetti terapeutico-riabilitativi degli ospiti delle strutture residenziali: dalla stesura puntuale del Piano Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI) a ogni inserimento, attraverso il monitoraggio regolare e periodico, fino alla definizione della conclusione del percorso e degli sviluppi successivi.
- Coordinamento delle attività residenziali e semiresidenziali, incluso il loro monitoraggio.
- Promozione dell'«abitare supportato» (appartamenti, cohousing, utilizzo delle residenze di persone seguite dal DSAM che vivono da sole), sia come prospettiva per la lungo-assistenza sia per la gestione della crisi, in collaborazione con i Comuni e le altre agenzie del territorio.
- Revisione della collocazione delle strutture, anche in considerazione dell'adeguatezza ai criteri di accreditamento.
- Formazione del personale per implementare le strategie di inserimento lavorativo, anche attraverso la pratica dell'Inserimento Supportato (IPS – Individual Placement and Support).

AREE PROSSIMALI E PREVENZIONE

Risultano particolarmente attuali i temi della maternità e dell'adolescenza, che rappresentano anche ambiti nei quali è possibile attuare interventi preventivi.

Sebbene siano presenti protocolli di collaborazione con i servizi della disabilità e con quello per le dipendenze — in applicazione delle disposizioni regionali — è necessario considerare la profonda trasformazione dei bisogni dell'utenza e il sovrapporsi delle problematiche. Significativo, in tal senso, è il caso dell'uso di sostanze, oggi molto più diffuso, e la conseguente necessità di evolvere il concetto di «doppia diagnosi», che appare inadeguato perché non risolve pienamente il tema dell'integrazione degli interventi, non mantenendo la persona al centro.

Il tema degli anziani e delle case di riposo assume un'importanza particolare, specialmente in relazione alle problematiche legate alla residenzialità e alle modalità per garantire alle RSA un supporto psichiatrico che favorisca l'inclusione di persone con disturbi mentali nell'età appropriata per l'inserimento nelle stesse strutture.

Proposte

- Revisione e aggiornamento dei protocolli di collaborazione.
- Programmi di formazione condivisa tra servizi territoriali, a favore di un approccio integrato.
- Ridefinizione dei piani assistenziali per le persone over 65 e dei protocolli con le RSA.
- Programmi di intervento per adolescenti.
- Progetto per la salute mentale di genere.
- Promozione di attività per l'individuazione dei casi a rischio di sviluppo di psicopatologia, anche in collaborazione con i servizi per l'età evolutiva.
- Coordinamento con il distretto per gli interventi a supporto dei MMG.

6. PROMUOVERE LA CULTURA DELLA SALUTE MENTALE E DELL'INCLUSIONE

LA FORMAZIONE

La promozione di una cultura inclusiva della salute mentale è determinante per tutti i soggetti che afferiscono all'area — sia come operatori sia come portatori di interesse — nonché per le agenzie sociosanitarie del territorio. Come dimostra il buon esito della Settimana della Salute Mentale, promuovere eventi e dibattiti sul tema costituisce una risorsa preziosa per lo sviluppo di una cultura inclusiva.

Proposte

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

[1] Il termine «recovery» si riferisce all'obiettivo di salute proprio di ogni individuo nel complesso del suo funzionamento globale all'interno del proprio contesto di vita.

RIFERIMENTI NORMATIVI E BIBLIOGRAFICI

DPR 1 novembre 1999 – Approvazione del Progetto Obiettivo «Tutela della salute mentale 1998-2000».

DPR 7 aprile 1994 – Approvazione del Progetto Obiettivo «Tutela della salute mentale 1994-1996».

Conferenza Unificata del 24 gennaio 2013 – Accordo sul «Piano di Azioni Nazionale sulla Salute Mentale».

Conferenza Unificata del 17 ottobre 2013 – Accordo sulle «Strutture residenziali psichiatriche».

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

DGR n. 1512 del 29 novembre 2022 – Definizione del modello organizzativo e gestionale dei Centri Diurni area salute mentale.

DGR n. 1673 del 12 novembre 2018 – Programmazione del sistema di offerta residenziale extra-ospedaliera per la salute mentale.

DGR n. 1437 del 1° ottobre 2019 – Approvazione posti letto strutture residenziali extra-ospedaliere area salute mentale.

Decreto DG n. 2 del 3 febbraio 2022 – Linee di indirizzo regionali per protocolli di collaborazione tra servizi per la disabilità e i dipartimenti salute mentale.

Decreto DG n. 96 del 16 settembre 2020 – Linee di indirizzo regionali per protocolli operativi tra DSM e Dipartimenti per le Dipendenze per percorsi di cura integrati.

DGR n. 371 dell'8 aprile 2023 – Definizione modello organizzativo e gestionale dell'area salute mentale.

WPA Statement on Telepsychiatry. Disponibile su: <https://www.wpanet.org>

WPA Position Statement on e-Mental Health. Disponibile su: www.psichiatria.it

Thornicroft G., Tansella M. – Per una migliore assistenza psichiatrica. CIC Edizioni, 2009.

Myers K., Turvey C.L. (eds.) – Telemental Health. Clinical, Technical, and Administrative Foundations for Evidence-Based Practice. Elsevier, Amsterdam, 2013.

Amaddeo F., Salazzari D., Salinas-Perez J.A. – Is a geographical approach worthwhile for epidemiological research in mental health? Epidemiol Psychiatr Sci 2015;24:38-41.

CRONICI MA CURABILI:

APPROCCI INTEGRATI PER MIGLIORARE LA QUALITÀ DELLA VITA

GRUPPO DI LAVORO

Nome	Ruolo
Giampietro Luisetto (Coordinatore)	MMG Esperto in Cure Palliative AULSS 1 Dolomiti Coordinatore Veneto SICP
Monica Allegri	Direttore Servizi Socio Sanitari, AULSS 1
Paolo Bortolussi	Direttore Sanitario, AULSS 1
Fabio Bortot	Medico di Medicina Generale, AULSS 1
Maurizio Cancian	Medico di Medicina Generale, AULSS 1
Lucia Dalla Torre	Direttore Distretto, AULSS 1
Giustina De Silvestro	Rappresentante del Comune di Domegge
Giuseppe Fornasier	Direttore Cure Palliative, Belluno
Elena Maoret	Coordinatrice Cure Palliative, Feltre
Stefania Morlin	Coordinatrice Cure Palliative, Belluno
Maria Chiara Santin	Presidente ASCA
Giuseppe Zanne	Direttore Cure Palliative, Feltre

1. INTRODUZIONE

Le aree interne rappresentano una parte significativa del territorio italiano, caratterizzate da bassa densità abitativa e distanza considerevole dai principali centri di servizi. Queste aree affrontano sfide uniche in termini di accessibilità ai servizi sanitari e sociali, e l'assistenza territoriale assume un ruolo cru-

ziale nel garantire il benessere delle comunità residenti. La scarsa densità di popolazione, l'elevata prevalenza di persone anziane, la lontananza dai centri principali, la viabilità carente, la difficoltà nei trasporti pubblici e le condizioni meteorologiche spesso avverse sono tutti fattori che rendono più complessa la gestione di una rete di servizi territoriali efficiente. A ciò si aggiungono le difficoltà nel reclutamento del personale sanitario — spesso riluttante a lavorare in zone remote a causa delle condizioni di lavoro difficili — che condizionano pesantemente lo sviluppo e il mantenimento dei servizi, la mancanza di opportunità professionali, le infrastrutture limitate e un persistente digital divide, che limita l'implementazione e l'efficacia dei servizi di telemedicina, che potrebbero altrimenti alleviare alcuni dei problemi legati alla distanza e alla carenza di personale. Si rende quindi necessario uno sforzo aggiuntivo per individuare soluzioni innovative in grado di fornire quei servizi territoriali capaci di ridurre le disuguaglianze, migliorare la qualità della vita, consentire alla popolazione di continuare a vivere e operare in queste zone e ridurre la necessità di ospedalizzazione in sedi spesso lontane e difficilmente raggiungibili, specie per i soggetti a ridotta mobilità. Affrontare le sfide dell'assistenza territoriale nelle aree interne richiede un approccio integrato e multidisciplinare, che sappia coniugare l'intervento di governi, comunità locali e organizzazioni sanitarie per garantire un accesso equo e di qualità ai servizi sanitari per tutti i cittadini, indipendentemente dalla loro ubicazione.

- Tra i principali obiettivi del Piano Nazionale della Cronicità vi sono:
- migliorare la qualità della vita, rendendo più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza, e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini;
- contribuire al miglioramento della tutela delle persone affette da malattie croniche;
- ridurre il peso sull'individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale.

2. ANALISI DEL CONTESTO

In base al rapporto dell'Azienda Speciale Consortile Agordina (ASCA) del 2020 si evidenziano alcuni dati rilevanti:

- invecchiamento della popolazione ancor più marcato nei territori di riferimento rispetto alla media nazionale;
- picco attuale di persone over 50, che fra vent'anni diventeranno over 70;
- calo della fascia under 40.

In altri termini, si sta assistendo a un progressivo invecchiamento della popolazione proiettato verso un vero e proprio «inverno demografico»: fra circa un ventennio si avrà una popolazione di ultrasessantenni isolati, privi di caregiver o con un caregiver della stessa età, fragili, multimorbidi e politrattati, con un accesso limitato o difficoltoso ai servizi sanitari.

A fronte di queste previsioni demografiche ci si trova ad operare con risorse economiche limitate da utilizzare con appropriatezza e risorse umane — infermieri, medici, operatori socio-sanitari e volontari — ridotte per ragioni anagrafiche ma anche per la scarsa attrattività delle sedi di lavoro. Si rende pertanto quanto mai necessario puntare sull'ottimizzazione e valorizzazione di ciò che già si dispone, avendo come obiettivo principale la qualità della vita di questa popolazione.

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

3. PIANO DI IMPLEMENTAZIONE

3.a PIATTAFORME DIGITALI CONDIVISE PER LA TRASMISSIONE DELLE INFORMAZIONI CLINICHE

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

- monitorare le condizioni cliniche dei pazienti senza la necessità di spostamenti frequenti;
- pianificare interventi mirati sulla base di dati aggiornati, evitando interventi superflui e garantendo un uso più efficace delle risorse disponibili;
- migliorare la comunicazione tra i soggetti coinvolti nella cura.

3.b SERVIZI DI SUPPORTO A DOMICILIO

Offrire servizi di assistenza domiciliare per gli anziani che vivono ancora nelle proprie abitazioni, come aiuto nelle faccende domestiche, supporto medico, accompagnamento ai Centri Diurni (qualora presenti) o semplice compagnia. È prevista la distribuzione di farmaci a domicilio e il monitoraggio dell'assunzione tramite ADIMED/CURE PALLIATIVE (progetto già avviato, in linea con i LEA), con benefici per i pazienti fragili e risparmio di risorse economiche da reinvestire nel sistema.

3.c CENTRI SERVIZI ANZIANI «APERTI» ALLA FRAGILITÀ

È necessario ripensare al ruolo dei Centri Servizi Anziani (CSA), soprattutto nei territori più periferici, con moduli aperti che consentano ai pazienti — anche non residenti in struttura ma con particolari necessità — di trovare risposte in un ambiente protetto o di ricevere una prima attenzione ai propri bisogni (gestione del fine vita, sedute dialitiche, ecc.).

Con le opportune risorse economiche e umane, i CSA potrebbero offrire consulenze su tematiche quali la salute, la nutrizione, la prevenzione e la formazione rivolta anche ai caregiver familiari e non. Potrebbero inoltre diventare luoghi in cui:

- curare la cronicità sulla base delle esigenze derivanti dall'importante transizione epidemiologica in corso — a fronte della quale la risposta tecnico-organizzativa del sistema sociale e sanitario deve adeguarsi tempestivamente ai mutamenti in atto — evitando l'ospedalizzazione e privilegiando interventi mirati alla prevenzione delle riacutizzazioni e alla gestione delle fasi terminali di vita;
- diffondere la cultura dell'Approccio Palliativo (secondo il Progetto Mano Amica 2018–2024, circa l'80% degli anziani decede nei CSA e dal 35% al 50% entro sei mesi dall'ingresso);
- attuare la formazione per il personale interno, per familiari, caregiver e volontari;
- erogare servizi sociali, psicologici e sanitari.

Sempre nell'ambito dell'Approccio Palliativo, in alcuni Centri Servizi del Distretto di Feltre — su proposta e con il sostegno dell'Associazione Mano Amica — sono in fase di progettazione e costruzione le «Stanze del Sollievo», ovvero ambienti di «Residenzialità Palliativa Extra-Hospice» costruiti sul modello hospice, per accogliere e accompagnare le persone in fine vita. Nelle zone più periferiche, queste strutture potrebbero rappresentare luoghi di accoglienza aperti anche al territorio per l'accompagnamento delle persone con aspettativa di vita limitata.

3.d MEDICI DI MEDICINA GENERALE ESPERTI O CON PARTICOLARE INTERESSE IN CURE PALLIATIVE

Negli anni 2021–2022 si è svolto a Belluno — con il contributo delle Associa-

zioni Cucchini e Mano Amica e il supporto dell'Ordine dei Medici — un corso di formazione accreditato per Medici di Medicina Generale con particolare interesse nelle Cure Palliative, a cui hanno partecipato oltre 22 MMG. Sei di questi, nel maggio 2024, hanno sostenuto l'esame a Trento per la certificazione europea come Medici Esperti in Cure Palliative.

Questi medici potrebbero fungere da figure di collegamento tra il territorio e l'Unità Operativa di Cure Palliative; per i Medici Esperti, laddove presenti, si può ipotizzare un ruolo di consulenti per i Centri Servizi in caso di carenza di MMG, in stretto collegamento con le Unità Operative di Cure Palliative.

Con un'azione sinergica tra AULSS, APSS, società scientifiche SICP/SIMG, Ordine dei Medici, enti del Terzo Settore e associazioni di volontariato, e in considerazione della specificità del territorio Bellunese e Trentino, potrebbe trovare spazio un «Progetto Dolomiti» per l'assistenza ai pazienti fragili in territori disagiati.

3.e MEDICI DI MEDICINA GENERALE: PER UNA MEDICINA DI PROSSIMITÀ E DI INIZIATIVA

Il 1° agosto 2024 ha preso avvio la sperimentazione di telemedicina e telesalute nei distretti di Belluno e Feltre, con kit dedicati e in stretta collaborazione tra infermieri ADI e MMG. L'obiettivo è migliorare la qualità della vita dei pazienti fragili e multimorbidi, gestendoli al proprio domicilio e limitando gli accessi al Pronto Soccorso e i ricoveri.

Questo comporta una diversa organizzazione della medicina territoriale e un'ottimizzazione dei percorsi dei pazienti cronici, che necessitano anche di un potenziamento delle dotazioni strumentali di base. Recentemente le Medicine di Gruppo Integrate sono state dotate di ecografi; si propone di estendere l'ecografo portatile a tutti i MMG disponibili, previo un apposito corso di formazione sulla POCUS (Point-of-Care UltraSound).

3.f RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE

Oltre all'aspetto curativo, nel 2023 è stato istituito il Coordinamento della Rete Locale di Cure Palliative con l'obiettivo di condividere in tempo reale, tra tutti gli attori, le informazioni relative al paziente, per ottimizzare tempi e risorse.

Il Coordinamento ha organizzato un Corso sull'Approccio Palliativo, già avviato con il coinvolgimento di circa 270 professionisti (infermieri, medici, psicologi, assistenti sociali), e lavora per implementare la rete con tutte le strutture presenti nel territorio e sviluppare percorsi specialistici a domicilio.

3.g PAZIENTI PEDIATRICI ONCO-EMATOLOGICI IN TERRITORI DI MONTAGNA

Progetto sperimentale di sviluppo e potenziamento delle attività assistenziali in ambito emato-oncologico pediatrico presso l'Azienda AULSS n. 1.

I pazienti in età pediatrica sono seguiti prevalentemente dal Centro di Riferimento di Ematologia-Oncologia Pediatrica di Padova e, in alcuni casi, dai colleghi di Verona. Tali centri non sono vicini al territorio, e ogni viaggio, ricovero o accesso in Day Hospital comporta un notevole dispendio di energie fisiche e mentali, oltre che di risorse economiche, per le famiglie coinvolte.

A partire dal 2019 l'AULSS 1 Dolomiti ha adottato la decisione lungimirante di potenziare le attività più semplici nella sede locale (gestione delle complicazioni, terapie semplici, ecc.), avvicinando così i pazienti ai servizi. In questa prospettiva di specializzazione delle funzioni, è stato individuato nell'UOC Pediatria di Feltre il centro di riferimento per le patologie emato-oncologiche in ambito pediatrico. Grazie al lascito «Maria Sanvido» si sono creati i presupposti per un modello assistenziale che funzioni come Centro Intermedio ideale per i territori montani, replicabile anche in aree geograficamente non montane ma molto disperse.

3.h CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE IN TERRITORIO MONTANO

Nel 2023 la Regione Veneto ha avviato un corso di formazione su «Terapia del dolore e Cure Palliative Pediatriche. Corso di formazione per istruttori regionali», organizzato dalla Fondazione SSP e rivolto agli operatori di tutte le Aziende Sanitarie della Regione. L'obiettivo è sensibilizzare tutti — sanitari e non — nella segnalazione e nella presa in carico condivisa, con il Centro di Riferimento Regionale, dei pazienti minori eleggibili alle Cure Palliative Pediatriche e alla terapia del dolore specialistica.

Anche alcuni professionisti del territorio hanno partecipato a tale percorso formativo. A breve prenderà avvio la fase in cui i «trainer» così formati diffonderanno il tema nelle proprie realtà, attraverso un corso aziendale su «La rete regionale di Terapia del Dolore e Cure Palliative Pediatriche», con l'obiettivo di rispondere alla crescente domanda che proviene dal territorio.

3.i VOLONTARIATO E SOCIETÀ CIVILE

Il volontariato ricopre un ruolo sociale di rilievo nella sua capacità di rispondere ai bisogni della comunità, in particolare delle sue componenti più fragili. Il malato cronico è spesso un soggetto anziano e il ricorso all'aiuto del volontario è frequente anche nelle comunità locali, caratterizzate da isolamento e difficoltà comunicative. Le associazioni di volontariato svolgono attualmente un ruolo fondamentale nell'ambito delle cure palliative e delle malattie dementigene, organizzando annualmente corsi di formazione dedicati a chi assiste persone in condizioni di fragilità: familiari, caregiver e volontari.

Tuttavia, il raggio d'azione delle associazioni può espandersi ulteriormente nel momento in cui costituiranno tra loro una rete strutturale operativa, con scambio e condivisione di risorse — soprattutto umane. Spesso si ritiene che partecipare alla rete implichi dover cedere qualche risorsa o qualche grado di libertà decisionale; è invece proprio la partecipazione attiva alla rete a fungere

da moltiplicatore di opportunità e risorse, generando ritorni — in termini di intensità e qualità — spesso non previsti né prevedibili, capaci di ripagare adeguatamente gli investimenti effettuati.

Per raggiungere questo obiettivo sono percorribili sia l'approccio top-down, secondo il modello agordino, sia l'approccio bottom-up, partendo dalla formazione delle componenti associative territoriali e illustrando loro i benefici dell'azione in rete, sia per le organizzazioni sia per le persone e i loro bisogni.

Le modalità di «rete» possono essere diverse:

- sede unica associativa per tutte le associazioni del contesto territoriale, con operatività continuativa e personale formato, al fine di favorire la presa in carico delle persone fin dalla prima fase del bisogno (modello: Casa del Volontariato, Vicenza, Legnano);
- condivisione interassociativa di un'applicazione per dispositivi mobili, con informazioni e riferimenti utili;
- consulta associativa comunale e rete tra i Comuni del territorio, punto di riferimento per le associazioni con attività sociale e socioculturale (modello Alta Lombardia);
- altri modelli possono emergere dalle proposte delle stesse associazioni, una volta condivisa l'esigenza della rete.

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

Finito di stampare
nel mese di giugno 2026
Gruppo DBS-SMAA Srl
Rasai di Seren del Grappa (BL)
www.tipografiadbs.it

FELTRE

PIEVE DI CADORE

AGORDO

BELLUNO