

SALUTE OLTRE LA CITTÀ

SOLUZIONI INNOVATIVE PER LA SANITÀ DI MONTAGNA GESTIRE LA COMPLESSITÀ



BELLUNO
Teatro Comunale
"Dino Buzzati"



11 APRILE 2025
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
GESTIRE LA COMPLESSITÀ



BELLUNO
Teatro Comunale
Dino Buzzati



11 APRILE 2025
dalle **9.00** alle **17.00**



CON IL CONTRIBUTO INCONDIZIONATO DI:



Comunicazione e redazione stampa a
cura di **www.mondosanità.it**
Registrati e ottieni le nostre **rassegne**
stampa in esclusiva

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Giuseppe Dal Ben, Commissario Azienda ULSS 1 Dolomiti

Maria Caterina De Marco, Direttore Sanitario Azienda ULSS 1 Dolomiti

Paola Paludetti, Direttore dei Servizi Socio Sanitari Azienda ULSS 1 Dolomiti

Sandro Cinquetti, Direttore del Dipartimento di Prevenzione Azienda ULSS 1 Dolomiti

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

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Francesca Romanin - 328 8257693

Aurora Di Cicco - 350 5232094

segreteria@panaceascs.com

www.motoresanità.it



NOTA EDITORIALE

Il presente volume raccoglie gli atti dell'ultimo appuntamento del ciclo «Salute oltre la città», svoltosi a Belluno l'11 aprile 2025 presso il Teatro Comunale «Dino Buzzati».

L'incontro conclude il ciclo di confronti avviato a Feltre e proseguito a Pieve di Cadore e ad Agordo, dedicati ai principali aspetti della gestione sanitaria nelle aree montane.

La sessione conclusiva è dedicata alla rendicontazione dei cambiamenti avviati nell'Azienda Sanitaria ULSS 1 Dolomiti a seguito dei gruppi di lavoro tematici costituiti dopo il convegno di Feltre, e illustra il percorso di preparazione dell'Azienda in vista delle Olimpiadi e Paralimpiadi Milano-Cortina 2026.

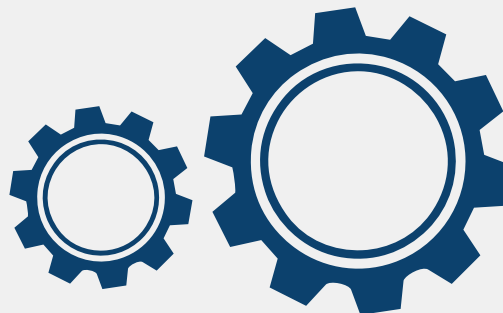
CRITERI REDAZIONALI

Gli interventi contenuti nel presente 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 proprie della comunicazione orale, 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 anche 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. Queste zone affrontano difficoltà di comunicazione e una progressiva riduzione dei servizi offerti alla popolazione, che influisce negativamente sulla qualità della vita degli abitanti. Nonostante la loro bellezza naturale e il patrimonio culturale che le caratterizza, queste aree si trovano a fronteggiare sfide uniche in termini di accessibilità ai servizi sanitari e sociali.

Durante l'ultimo anno, l'Azienda ULSS 1 Dolomiti ha intrapreso un percorso innovativo, coinvolgendo professionisti, rappresentanti delle comunità locali e del volontariato, finalizzato a individuare soluzioni che consentano a chi abita le aree montane di avere livelli di assistenza sanitaria e sociosanitaria adeguati. Questo approccio mira a favorire la permanenza degli abitanti sul territorio, contrastando il fenomeno dello spopolamento

Dai gruppi di lavoro interdisciplinari creati ad hoc sono emerse proposte concrete, che hanno trovato applicazione nell'operatività quotidiana dell'Azienda. Tra queste, l'implementazione di servizi di telemedicina per garantire consulti specialistici a distanza e un contatto in tempo reale con realtà specialistiche,



azioni volte a prevenire patologie e situazioni che trovano, nel territorio, una elevata prevalenza, e servizi che favoriscono l'assistenza a domicilio di malati cronici.

In questo convegno vengono presentate le soluzioni adottate e l'impatto che esse hanno avuto nella gestione del territorio. Saranno illustrati i risultati ottenuti in termini di accessibilità ai servizi sanitari, la soddisfazione degli utenti e i miglioramenti nella gestione delle patologie croniche. Inoltre, si discuterà dell'importanza della collaborazione tra enti pubblici e privati per creare una rete di supporto integrata che risponda alle esigenze specifiche delle comunità montane.



9.00	Saluto delle Autorità	p.11
9.45	Perché siamo qui Giuseppe Dal Ben	p.11
10.00	1ª SESSIONE : Gestire la complessità dell'organizzazione sanitaria e garantire la salute in montagna MODERA: Pietro Paolo Faronato	p.19
	Una sfida: garantire l'eccellenza sanitaria nelle aree interne, Mario Del Vecchio	p.20
	I criteri della programmazione regionale dei servizi sanitari nelle aree interne Romina Cazzaro	p.29
	Opportunità di sviluppo per la montagna veneta Maurizio Gasparin	p.33
11.00	2ª SESSIONE Soluzioni innovative per la sanità di montagna: dal pensare al fare MODERANO: Paola Paludetti e Sandro Cinquetti	p.37
	Dai documenti di consenso all'azione Maria Caterina De Marco	p.37
	Dalla rete dei rifugi sani e sicuri al riferimento per la promozione della salute in quota, Vincenzo Marcotrigiano	p.41
	Dalla prevenzione alla presa in carico del Melanoma in una Provincia ad alto rischio Anna Belloni Fortina e Giacomo Longo	p.43
	Dai sintomi alla cura: le strategie attuate per la gestione dell'ictus Franco Ferracci	p.48
	Monitoraggio a distanza a favore del neonato critico Daniele Trevisanuto	p.51

	Farmacia in evoluzione a supporto dei bisogni della comunità Federica Schievenin	p.54
	L'infermiere territoriale: una figura in movimento Katia Pagotto	p.58
13.00	LUNCH	
14.30	TAVOLA ROTONDA: Squadra che vince: istituzioni e volontariato in dialogo MODERA: Pietro Paolo Faronato, Enrico Gaz Felice Gaiardo Paolo Colleselli Gianluigi Scannapieco Oscar De Pellegrin	p.63
		p.64
15.30	Verso i 5 cerchi MODERA: Maria Caterina De Marco	p.84
	Sanità a 5 cerchi: Le sfide Paolo Rosi	p.85
16.30	Conclusioni Giuseppe Dal Ben	p.89

I SALUTI DELLE AUTORITÀ

Giuseppe Dal Ben - *Commissario straordinario*
ULSS 1

Il convegno odierno segna la conclusione di un percorso avviato il 19 gennaio 2024 a Feltre e proseguito attraverso le tappe di Pieve di Cadore e Agordo, prima di approdare a Belluno. Nel corso dell'anno trascorso, l'iniziativa ha perseguito un obiettivo preciso: collocare la realtà sanitaria bellunese all'interno del più ampio sistema regionale e nazionale, attraverso il confronto sistematico con contesti territoriali che condividono problematiche analoghe.

CONFRONTO INTERREGIONALE E INTERNAZIONALE

Ciascuna sessione ha consentito di esaminare e approfondire le esperienze di Valle d'Aosta, Piemonte, Lombardia, Svizzera, Austria e Friuli-Venezia Giulia. Lo scambio ha permesso di individuare aree di progettualità comune e di arricchire la comprensione delle possibili risposte organizzative alle sfide della sanità montana, costruendo un patrimonio condiviso di conoscenze e pratiche trasferibili.

COINVOLGIMENTO DELLA COMUNITÀ E RISULTATI PROGETTUALI

Il percorso ha coinvolto complessivamente oltre duecento persone, attraverso gruppi di lavoro che hanno incluso personale dipendente, rappresentanti di associazioni ed esponenti delle comunità locali – sindaci e assessori dei comuni del territorio. Da questo processo partecipativo sono emersi circa venti progetti, attualmente in fase di realizzazione: alcuni valorizzano iniziative già esistenti che necessitavano di maggiore visibilità, altri rappresentano interventi del tutto nuovi. Il principio guida è che nessun cittadino resti isolato nelle realtà montane: l'ULSS 1 Dolomiti intende raggiungere l'intera popolazione con servizi e modalità di intervento adeguati alle specificità territoriali.

VISIONE STRATEGICA E CONTESTO NORMATIVO

Il filo conduttore dell'intero percorso è stato l'analisi della realtà interna, il suo confronto con esperienze analoghe e la comprensione del quadro regionale e nazionale entro cui si opera, al fine di individuare le strategie più ef-

ficaci per rispondere ai bisogni della comunità. Si è partiti da una percezione pubblica non pienamente positiva, nella consapevolezza della necessità di modificarla: molte iniziative sono già in corso, ma è necessario che tutti contribuiscano a veicolare una visione della salute capace di riconoscere e valorizzare quanto già realizzato, lavorando al contempo per colmare le lacune ancora esistenti.

PROSPETTIVE FUTURE: INNOVAZIONE E IMPEGNO OLIMPICO

La giornata conclusiva ospita il contributo del Professor Del Vecchio dell'Università Bocconi, che inquadra la realtà sanitaria bellunese in un contesto più ampio e illustra lo stato di avanzamento dei percorsi innovativi in corso a livello veneto, con particolare riferimento ai Decreti Ministeriali 70 e 77 e al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Un capitolo di particolare rilievo riguarda la preparazione dell'ULSS 1 Dolomiti in vista delle Olimpiadi e Paralimpiadi invernali. La qualifica di azienda «olimpica» comporta responsabilità specifiche e impegni concreti, sviluppati all'interno del sistema veneto per garantire un'offerta sanitaria adeguata all'evento. Le Paralimpiadi rappresentano in questo quadro una sfida di significato particolare: sono la misura della ca-

pacità del sistema di farsi prossimo alla fragilità delle persone con disabilità fisiche significative. Questo momento conclusivo, pur chiudendo formalmente il ciclo di incontri, apre nuove prospettive di confronto e comunicazione su temi destinati a segnare il futuro del territorio.

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

La conclusione di questo ciclo di incontri nel Teatro Buzzati di Belluno offre l'occasione di tracciare un bilancio: il percorso ha avuto il merito di avviare un dialogo costruttivo tra l'azienda sanitaria e le rappresentanze istituzionali del territorio. Esprimo sincera gratitudine alla direzione dell'ULSS 1 Dolomiti per l'impostazione impressa a questo lavoro: fin dall'insediamento, la direzione ha mostrato idee chiare e determinazione, e gli incontri hanno prodotto benefici concreti per un territorio che aveva bisogno di sentirsi coinvolto e ascoltato nelle proprie esigenze specifiche.

UN TERRITORIO MONTANO CON BISOGNI PECULIARI

La morfologia montana del territorio bellunese comporta difficoltà oggettive di accesso ai ser-

vizi sanitari per le comunità più periferiche, che spesso faticano a far valere le proprie esigenze all'interno di strutture organizzative complesse. La collaborazione tra la Conferenza dei Sindaci e l'azienda sanitaria ha perseguito un obiettivo preciso: garantire pari opportunità di assistenza all'intero territorio, non soltanto ai residenti nei centri urbani, , ma anche a quanti vivono nelle aree più remote, affinché ogni cittadino si senta pienamente preso in carico dal sistema sanitario.

DALLA CONSAPEVOLEZZA AI PROGETTI CONCRETI

Il lavoro di rete avviato ha generato una maggiore consapevolezza collettiva e favorito l'elaborazione di progetti concreti, anche grazie al confronto con realtà che affrontano le medesime difficoltà. Tuttavia, questi incontri acquisiranno significato pieno soltanto se le idee elaborate si tradurranno in azioni effettive a beneficio della popolazione. Il confronto e il dialogo sono indispensabili, ma devono dare esito a interventi verificabili e misurabili: è questo l'impegno che la fase successiva richiede.

LA SFIDA OLIMPICA COME CATALIZZATORE DI SISTEMA

L'approssimarsi delle Olimpiadi e delle Paralim-

piadi invernali richiede all'intero sistema territoriale, sanitario e amministrativo, una preparazione accurata e coordinata. Avendo avuto la possibilità di vivere direttamente questi eventi in sei occasioni, ho maturato la consapevolezza delle potenzialità che essi possono generare per un territorio. L'auspicio è che dal lavoro in corso emerga un'eredità duratura: sul piano sanitario, attraverso il consolidamento della rete tra la struttura ospedaliera centrale e i presidi periferici; sul piano culturale, attraverso la diffusione di messaggi di prevenzione e di cura della propria salute. Un coordinamento forte e strutturato è la condizione necessaria per garantire risposte efficaci.

SVILUPPI ISTITUZIONALI E CONTINUITÀ DEL PERCORSO

Il percorso si inserisce in un contesto di significativa trasformazione istituzionale, rappresentato dall'attribuzione ai comuni delle competenze in materia di servizi sociali attraverso gli Ambiti Territoriali Sociali. Questa transizione richiede una sinergia accuratamente programmata tra le istituzioni coinvolte, affinché il passaggio di competenze non si traduca, nemmeno transitoriamente, in una riduzione percepita dei servizi da parte della popolazione. L'obietti-

vo è mantenere e potenziare il livello di risposta, avvicinandosi sempre più ai cittadini che ne hanno maggiore necessità. La rete costruita nell'arco di questo anno tra la Conferenza dei Sindaci e l'azienda sanitaria costituisce la base su cui continuare a operare in questa direzione.

Giuseppe Zandagiacomo - *Presidente Veneto CNSAS*

Il Soccorso Alpino e Speleologico del Veneto può contare su una presenza capillare che costituisce uno dei suoi principali punti di forza organizzativi. La struttura regionale conta circa 770 operatori distribuiti su 27 stazioni, di cui 18 appartengono alla Seconda Delegazione Dolomiti Bellunesi: questa copre l'intera provincia di Belluno e la parte alta della provincia di Treviso, con circa 500 operatori impiegati specificamente in quest'area. La distribuzione territoriale non è frutto di una pianificazione a posteriori, ma riflette la genesi stessa dell'organizzazione: le stazioni si sono costituite come nuclei operativi nei luoghi in cui esisteva un'effettiva esigenza di intervento, garantendo nel tempo una copertura capillare di tutte le valli e la capacità di intervenire con la massima tempestività.

Un elemento di valore aggiunto rispetto alla mera distribuzione geografica è la conoscenza approfondita del territorio da parte degli operatori locali. Indipendentemente dalle tecnologie di localizzazione disponibili, la familiarità con la toponomastica locale – incluse denominazioni note esclusivamente alle comunità di valle – consente di interpretare immediatamente le segnalazioni e di orientare con precisione l'intervento, riducendo i tempi di risposta in modo significativo.

SINERGIE OPERATIVE E TEMPI DI INTERVENTO CRITICI

L'efficacia operativa del Soccorso Alpino dipende in modo determinante dalla qualità della collaborazione con tutti gli enti coinvolti nella gestione dell'emergenza: la Regione, le aziende sanitarie e le forze dell'ordine. La sinergia con queste organizzazioni consente una medicalizzazione più rapida degli interventi. Il ricorso sistematico all'elicottero ha ridotto considerevolmente i tempi medi di intervento, portandoli a circa un'ora e mezza anche nei casi più complessi, con ricadute dirette sulla prognosi dell'infortunato e sulle percentuali di esito positivo. Il fattore tempo assume rilevanza critica soprattutto negli interventi da valanga, dove le

probabilità di sopravvivenza variano drasticamente in funzione della rapidità del soccorso. Nei primi quindici minuti dall'evento, la probabilità di recuperare la persona in vita si attesta intorno al 90%; scende al 75% dopo questo intervallo e si riduce ulteriormente al 15% oltre la mezz'ora. Questi dati quantificano con precisione il valore della tempestività e della conoscenza territoriale nell'organizzazione del soccorso alpino.

FORMAZIONE PROFESSIONALE E SFIDE DEMOGRAFICHE

La formazione continua degli operatori volontari costituisce un impegno permanente dell'organizzazione. Attraverso corsi specifici e scuole specializzate per i diversi settori operativi – montagna, speleologia, forre e canyoning – viene garantito un livello minimo di competenza per l'accesso operativo, al quale si aggiunge un percorso progressivo di specializzazione. La diversificazione degli ambienti di intervento, con la crescente rilevanza di discipline come le forre, rende questo investimento formativo strutturalmente necessario.

Una criticità condivisa con altri enti di volontariato è il progressivo calo demografico dei nuovi iscritti, a fronte di un innalzamento dell'età

media degli operatori attivi. Il passaggio da frequentatore della montagna a volontario del soccorso alpino richiede non soltanto competenze tecniche, , ma anche una specifica predisposizione all'altruismo e alla solidarietà che non si manifesta spontaneamente. Compito della dirigenza è pertanto promuovere e coltivare questa sensibilità, valorizzando i principi del volontariato e del servizio alla comunità come elementi identitari fondamentali dell'organizzazione.

| Mauro Carisdeo - Questore vicario di Belluno

Il modello di collaborazione sviluppato nel territorio bellunese rappresenta una risorsa operativa di primaria importanza per l'attività della Polizia di Stato. La rete di segnalazioni condivisa con il sistema sanitario consente di intercettare situazioni di vulnerabilità che altrimenti rimarrebbero invisibili alle forze dell'ordine. Episodi apparentemente isolati – come accessi ripetuti per eventi traumatici apparentemente accidentali – acquisiscono un significato diagnostico rilevante quando letti in serie: tre episodi analoghi nell'arco di un mese orientano verso l'ipotesi di una condizione di rischio sottostante che richiede approfondimento mirato e intervento coordinato.

COLLABORAZIONE NELLE PROCEDURE DI SICUREZZA

Un ambito di collaborazione particolarmente delicato riguarda la gestione della detenzione di armi da parte di soggetti in condizioni di fragilità psichica o comportamentale. Il possesso di armi è un diritto riconosciuto dall'ordinamento, che deve essere tutelato fintanto che il titolare è in grado di gestirlo responsabilmente. Tuttavia, in presenza di segnalazioni sanitarie che indicano una compromissione di tale capacità – in particolare nei casi che comportano un ricovero in ambito psichiatrico – la disponibilità di un referente clinico qualificato con cui confrontarsi risulta determinante. Questo raccordo operativo, condotto in modo continuativo e anche in orari non convenzionali quando la situazione lo richiede, consente di valutare con la necessaria tempestività l'opportunità di sospendere il porto d'armi, prevenendo esiti tragici.

SPECIFICITÀ DEL MODELLO BELLUNESE

Il sistema integrato sviluppato a Belluno tra forze dell'ordine, sistema sanitario e altri enti territoriali non trova equivalenti nel panorama nazionale. Si tratta di un modello che produce benefici diretti per la popolazione, spesso

inconsapevole della sua stessa esistenza: i cittadini riconoscono l'intervento delle singole istituzioni, senza necessariamente percepire il valore aggiunto generato dall'integrazione sistemica che ne costituisce il fondamento.

LE OLIMPIADI COME OPPORTUNITÀ DI ECCELLENZA

L'approssimarsi delle Olimpiadi e delle Paralimpiadi invernali rappresenta, dal punto di vista della sicurezza integrata, un'opportunità da cogliere piuttosto che un fattore di rischio da gestire. L'evento offrirà la possibilità di proiettare su scala internazionale l'efficacia del sistema bellunese, dimostrando come un territorio montano di dimensioni contenute sia in grado di operare ai massimi livelli di eccellenza grazie alla qualità della collaborazione tra tutti gli enti coinvolti. La visibilità generata dall'evento olimpico valorizzerà un modello che, costruito nel tempo attraverso relazioni di fiducia e procedure condivise, rappresenta oggi il principale punto di forza di questo territorio.

| Antonello Rocco Bertone - Prefetto di Belluno

Rivolgo un saluto particolare al dottor Dal Ben, al dottor Cinquetti e a tutta l'organizzazione

dell'ULSS 1 Dolomiti, con un sentito ringraziamento per l'invito. Ho già avuto modo di partecipare all'incontro di Agordo, e in quella occasione sottolineai l'attività essenziale e concretamente efficace che l'ULSS 1 svolge per garantire la piena attuazione dell'articolo 32 della Costituzione, in materia di diritto alla salute per tutti i cittadini.

CARATTERISTICHE SPECIFICHE DEL TERRITORIO BELLUNESE

La provincia di Belluno, la più vasta del Veneto, si caratterizza per specificità territoriali di rilievo: è un territorio montano con valli di straordinaria bellezza, che offre paesaggi e opportunità notevoli, ma al quale si associano difficoltà oggettive nell'accesso ai servizi. Le soluzioni innovative e tecnologiche che emergono da convegni come questo possono contribuire in modo determinante a garantire il diritto all'assistenza sanitaria anche nelle zone più remote.

SFIDE DEMOGRAFICHE E SOCIALI DEL TERRITORIO

Questo orientamento è fondamentale per contrastare il progressivo spopolamento del territorio, fenomeno già da tempo in atto. Le visite effettuate in tutti i comuni della provincia

hanno consentito di registrare, oltre alle difficoltà di accesso ai servizi, una tendenza demografica preoccupante che le istituzioni stanno cercando di affrontare con azioni coordinate. Il progressivo invecchiamento della popolazione fa sì che la componente anziana rappresenti la parte più consistente della comunità: è su questa componente che si concentra la domanda più intensa di servizi sanitari di qualità.

L'ECCCELLENZA SANITARIA COME PATRIMONIO TERRITORIALE

I servizi sanitari locali costituiscono, a mio avviso, una vera eccellenza del territorio, da preservare e valorizzare come tale. L'approccio alle Olimpiadi è anch'esso, come già sottolineato, un impegno collettivo. In questo contesto rivolgo un saluto di ringraziamento al dottor Gasparin della Regione Veneto, presente ai lavori.

LE OLIMPIADI COME OPPORTUNITÀ DI SVILUPPO

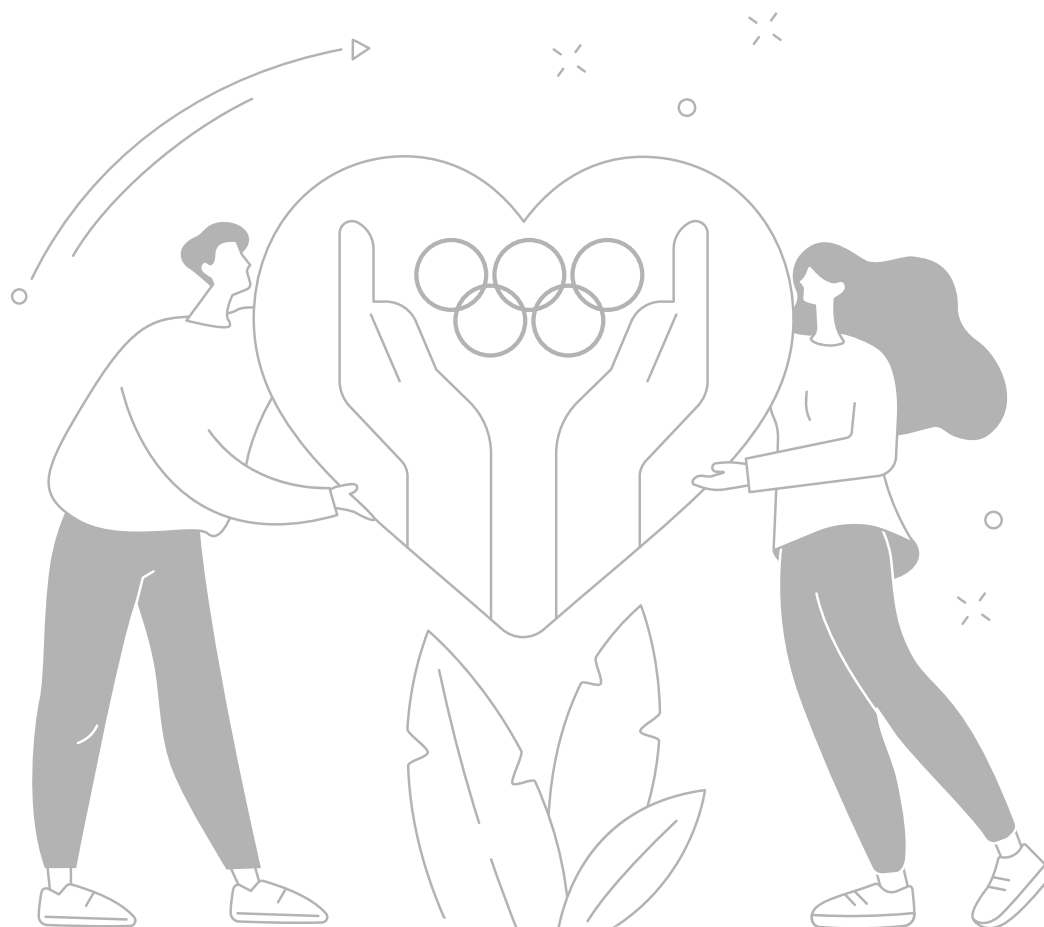
Si tratta di un lavoro di squadra che rappresenta un'opportunità significativa, come già sottolineato dal Sindaco. La complessità è reale e permangono questioni aperte da risolvere, che potranno comportare qualche disagio transitorio, poiché numerosi sono gli

aspetti ancora in fase di definizione: mobilità, trasporti, scuole, viabilità e sicurezza. I tavoli di lavoro sono tuttavia già operativi e la sinergia istituzionale è efficace.

COLLABORAZIONE SANITARIA E PROSPETTIVE FUTURE

Sul piano dell'assistenza sanitaria, fin dal mio insediamento ho potuto constatare la leale e

continuativa collaborazione dell'ULSS 1, del direttore, dei primari e di tutto il personale. Questa capacità di sistema rappresenterà, a mio giudizio, l'eredità più importante dei Giochi. L'obiettivo non è soltanto garantire l'assistenza sanitaria agli atleti e agli spettatori provenienti da tutto il mondo, ma lasciare un beneficio duraturo per l'intero territorio e per la popolazione bellunese.



PRIMA SESSIONE

GESTIRE LA COMPLESSITÀ DELL'ORGANIZZAZIONE SANITARIA E GARANTIRE LA SALUTE IN MONTAGNA

| Modera: *Pietro Paolo Faronato*

Il titolo della sessione racchiude due concetti che costituiscono il filo conduttore dell'intero percorso «Salute oltre la città». Il primo è il «garantire», che rimanda direttamente all'articolo 32 della Costituzione – probabilmente il più citato in ambito sanitario – che sancisce il diritto alla salute per l'intera popolazione, in connessione con i principi fondativi del Servizio Sanitario Nazionale: universalità, gratuità ed equità. È precisamente la ricerca dell'equità a orientare la riflessione che questo percorso ha sviluppato nel tempo.

IL RUOLO STRATEGICO DELLA MONTAGNA

Le aree montane svolgono funzioni di rilievo sistemico che trascendono la dimensione locale. Sul piano ambientale, la montagna è sede primaria della captazione delle risorse idriche, tema oggetto di crescente attenzione nel dibattito pubblico, e costituisce un presidio fondamentale nella risposta al cambiamento

climatico. Sul piano culturale, è depositaria di saperi e tradizioni che contribuiscono in modo determinante all'identità e all'unicità del patrimonio italiano.

LE CONTRADDIZIONI STRUTTURALI DEL TERRITORIO MONTANO

A questi elementi di valore si affiancano contraddizioni strutturali di difficile soluzione. Il territorio montano è tra i più apprezzati sotto il profilo paesaggistico e ambientale, eppure la popolazione residente tende a ridursi non appena se ne presenta l'opportunità. Si tratta di luoghi ambiti per il tempo libero e il turismo, ma che incontrano difficoltà significative nell'attrarre e trattenere professionisti qualificati. La montagna è ricca di risorse materiali e immateriali, ma rimane strutturalmente dipendente dalla pianura per il proprio sostentamento economico, configurandosi come un sistema fragile che necessita di supporti esterni per garantirne la sostenibilità nel lungo periodo.

LA SFIDA DELL'ECCELLENZA NELLE AREE INTERNE

In questo quadro si colloca la relazione di apertura, dedicata al tema «Garantire l'eccellenza sanitaria nelle aree interne». Integrare nella medesima analisi variabili quali bassa densità di popolazione, ridotto volume di attività ed elevati standard di prestazione costituisce una sfida di non agevole soluzione. A tal fine è stato coinvolto il Professor Del Vecchio, figura di riferimento riconosciuta tanto per la conoscenza approfondita del territorio quanto per il ruolo significativo svolto nella formazione della dirigenza sanitaria. Al Professor Del Vecchio è affidato il compito di illustrare se e come sia possibile conciliare elementi che apparentemente si collocano in tensione, offrendo una prospettiva qualificata su come perseguire standard di eccellenza in contesti caratterizzati da specificità territoriali e demografiche così marcate.

UNA SFIDA: GARANTIRE L'ECCELLENZA SANITARIA NELLE AREE INTERNE.

| Mario Del Vecchio

Il sistema sanitario veneto presenta alcune pe-

culiarità che lo distinguono dalla maggior parte dei contesti regionali italiani. L'aspetto più rilevante riguarda la capacità di tradurre le decisioni in azioni concrete: in altri sistemi, le riunioni si esauriscono spesso in discussioni teoriche, mentre in Veneto le deliberazioni trovano attuazione effettiva nel giro di poche settimane. Si tratta di una caratteristica non scontata nel panorama nazionale, che conferisce al sistema una solidità operativa di base sulla quale costruire percorsi di cambiamento. La documentazione sulla realtà bellunese, raccolta in preparazione di questo intervento, ha evidenziato che l'ULSS 1 Dolomiti sta già attuando le pratiche che la letteratura scientifica indica come appropriate per sistemi sanitari operanti in condizioni territoriali peculiari. Il contributo che intendo offrire non è di natura prescrittiva, ma si propone di fornire una prospettiva esterna capace di incrementare il grado di consapevolezza delle azioni già in corso. I talenti naturali non evolvono senza una riflessione sistematica sui fattori che determinano l'eccellenza operativa: concettualizzare le buone pratiche già adottate costituisce il primo passo per consolidarle e trasferirle ad altri contesti.

IL CONTESTO DELLE AREE INTERNE: DA PROBLEMA STRUTTURALE A POSIZIONE DI AVANGUARDIA

Le aree interne si caratterizzano per bassa densità abitativa, distanze considerevoli dai centri di servizio, contrazione delle risorse economiche e carenze nell'offerta di professionisti sanitari. Questi elementi non sono eliminabili e costituiscono il contesto operativo nel quale il sistema è chiamato a operare. Tuttavia, la tesi che intendo argomentare è che le aree interne, storicamente considerate svantaggiate rispetto ai contesti urbani, stanno assumendo un ruolo di *front runner* rispetto alle sfide che l'intero sistema sanitario nazionale dovrà affrontare nei prossimi anni. Le soluzioni che Belluno ha sviluppato per problemi già presenti rappresentano il patrimonio al quale altri territori attingeranno quando si troveranno nella medesima condizione. Il settore sanitario è peraltro caratterizzato da una diffusione particolarmente intensa di percezioni errate rispetto ai dati oggettivi. Comprendere il contesto generale nel quale operano i sistemi sanitari, al di là delle narrazioni dominanti, è una condizione necessaria per orientare le scelte strategiche in modo fondato.

I MECCANISMI DI DISTRIBUZIONE DELLE RISORSE E I CAMBIAMENTI DEMOGRAFICI

Le aree interne presentano svantaggi strutturali riconducibili in larga misura a un sistema di distribuzione delle risorse tradizionalmente ancorato alla popolazione residente. Questo principio, adottato a livello nazionale a partire dal 1990, era coerente con un contesto demografico stabile o in crescita. In uno scenario di popolazione decrescente e demograficamente mobile, l'equazione finanziaria diventa progressivamente insostenibile: ancorare prioritariamente il finanziamento ai livelli demografici in un territorio in spopolamento produce squilibri strutturali che nessuna efficienza gestionale è in grado di compensare integralmente. La demografia ha assunto il carattere di una scienza che studia fenomeni rapidi. Vent'anni fa il Sud Italia mostrava tassi di crescita demografica positivi; oggi la mappa si presenta radicalmente diversa. I giovani professionisti tendono a stabilirsi lungo i corridoi infrastrutturali delle linee ferroviarie ad alta velocità, generando concentrazioni in alcune aree e spopolamento in altre. Questa dinamica pone interrogativi di sistema che riguardano non soltanto Belluno, ma l'intera architettura del finanziamento sanitario nazionale: come sostenere economica-

mente regioni in rapido spopolamento quando i parametri di finanziamento si basano sulla popolazione residente? Il tema delle aree interne è destinato a diventare una questione di rilevanza nazionale; in Veneto e a Belluno lo si sta già affrontando concretamente.

ANALISI DELLE RISORSE ECONOMICHE E COMPARAZIONI INTERNAZIONALI

Sul piano delle risorse, il dibattito politico produce frequentemente rappresentazioni distorte della realtà. L'incremento in valore assoluto del finanziamento sanitario nasconde spesso una contrazione in termini reali: con un'inflazione superiore alla crescita nominale delle risorse, il sistema viene di fatto definanziato. Il parametro di riferimento più appropriato è la quota del Prodotto Interno Lordo destinata alla sanità pubblica.

L'Italia ha attraversato una crescita significativa della spesa sanitaria pubblica fino al 2009, raggiungendo circa il 7% del PIL, per poi registrare una contrazione di mezzo punto percentuale nel decennio successivo. Questa riduzione si è tradotta in una diminuzione del personale del Servizio Sanitario Nazionale del 6% tra il 2009 e il 2019, con punte del 20% in alcune regioni meridionali. La fase pandemica ha temporane-

amente sospeso i vincoli di bilancio, ma il ritorno a una gestione ordinata delle finanze pubbliche ha riportato il finanziamento sanitario al 6,2% del PIL.

Il confronto internazionale è illuminante: Francia e Germania destinano alla sanità pubblica circa il 10% del PIL; il Regno Unito, spesso citato come esempio di sistema in difficoltà, raggiunge l'8,9%. L'Italia si colloca al 6,2%, con una spesa privata aggiuntiva stabile al 2,2% del PIL da vent'anni, non una risposta reattiva alla qualità dei servizi pubblici, contrariamente a quanto spesso sostenuto, ma un dato strutturale legato alla capacità di spesa dei cittadini.

Il punto essenziale è che il sistema sanitario italiano rappresenta un risultato straordinario di efficacia ed efficienza considerando le risorse disponibili. La criticità non risiede nella qualità delle prestazioni erogate, ma nell'incompatibilità tra il livello di finanziamento al 6,2% del PIL e il sistema di aspettative che si è venuto a creare, in un contesto nel quale l'Italia detiene la popolazione più anziana d'Europa. Questa tensione si scarica inevitabilmente sui livelli di efficienza percepita del sistema, generando frustrazioni che andrebbero invece ricondotte a una lettura onesta del rapporto tra risorse disponibili e domanda attesa.

VINCOLI STRUTTURALI E PROSPETTIVE FUTURE DEL FINANZIAMENTO

La previsione che il finanziamento sanitario pubblico rimanga attestato intorno al 6,2% del PIL nei prossimi anni non è una valutazione politica contingente, ma si basa su elementi strutturali indipendenti dai governi che si succederanno. L'Italia destina quattro punti di PIL al solo servizio degli interessi sul debito pubblico, non alla restituzione del capitale, ma ai soli interessi, rispetto all'1,5-2% di altri paesi comparabili. In questo quadro, i sistemi democratici mostrano una propensione strutturale a privilegiare benefici immediati e tangibili per i cittadini rispetto all'investimento in servizi di lungo periodo. Si tratta di una realtà che chi ha responsabilità di leadership nei sistemi sanitari deve conoscere e incorporare nella pianificazione strategica, senza alimentare aspettative irrealistiche.

La sfida che si pone è comunicare con chiarezza alla popolazione e al sistema politico che cosa è realisticamente conseguibile con le risorse disponibili, costruendo al contempo soluzioni concrete adeguate a questo scenario. Il dialogo diretto tra leadership istituzionale e comunità locale, che caratterizza contesti come quello bellunese, rappresenta in questo senso un vantaggio comparativo significativo.

IL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA: OPPORTUNITÀ E RESPONSABILITÀ

In questo quadro si inserisce il PNRR, con una dotazione complessiva di 235 miliardi di euro, di cui 154 a debito. Le risorse del PNRR sono destinate alla realizzazione delle infrastrutture – Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali – ma non al finanziamento del personale e dei servizi continuativi che le devono animare: tale onere ricade sul finanziamento corrente, che rimane tendenzialmente invariato. Questa distinzione è fondamentale e deve essere compresa non soltanto dalla popolazione, ma anche dagli operatori del sistema.

Il PNRR è al contempo un processo di *change management*, la costruzione di una sanità strutturalmente diversa, e un adempimento burocratico nei confronti delle istituzioni europee, che ogni sei mesi richiedono rendicontazione degli avanzamenti. Tenere insieme questi due livelli – rispettare i cronoprogrammi di spesa e produrre un reale cambiamento dei servizi – rappresenta la sfida organizzativa centrale per i prossimi anni.

LA TERRITORIALITÀ COME ELEMENTO STRATEGICO: DAL DM70 AL DM77

Il Decreto Ministeriale 70 ha posto l'accento sulla concentrazione dei servizi ospedalieri in logica di efficienza ed efficacia, configurandosi per le aree interne come un elemento di pressione strutturale. Il Decreto Ministeriale 77 modifica significativamente lo scenario, spostando l'attenzione dei sistemi dall'ospedale al territorio: ed è precisamente in questo ambito che le ULSS di montagna eccellono per storia e vocazione. La territorialità è il principale punto di forza del sistema bellunese; il nuovo quadro normativo e programmatico la colloca al centro del modello di sviluppo della sanità nazionale. Le Case della Comunità, nei contesti montani, non possono essere semplici poli ambulatoriali - come avverrebbe in un centro urbano - ma devono configurarsi come centri di attivazione di reti comunitarie. È questa la declinazione che il *community building* richiede in questi territori, e la letteratura scientifica conferma che Belluno sta già percorrendo questa strada.

DIGITALIZZAZIONE E RICONFIGURAZIONE DEI SERVIZI

La trasformazione digitale dei servizi sanitari rappresenta uno dei tre pilastri del *change ma-*

nagement necessario, insieme alla costruzione di reti con risorse esterne e alla gestione delle risorse interne. Sul piano della virtualizzazione delle cure - telemonitoraggio, teleassistenza, teleconsulto, televisita, teleriabilitazione - occorre identificare gli equilibri appropriati per ciascun contesto, tenendo conto che la transizione verso servizi misti fisici e digitali riguarda l'intero sistema, non soltanto le aree interne. Un caso paradigmatico è rappresentato dalla farmacia dei servizi, che in un contesto montano può diventare un alleato strategico fondamentale del sistema sanitario territoriale, a condizione che venga integrata nella rete e non lasciata operare come soggetto concorrente. La differenza di percezione dei cittadini tra il pagamento per un servizio in farmacia - esperienza consolidata e accettata - e il contributo richiesto per un servizio equivalente in una struttura pubblica rappresenta una dinamica da gestire con attenzione nella costruzione del modello.

LA GESTIONE DEL PERSONALE E I DESERTI SANITARI

Il tema della carenza di professionisti nelle aree interne è oggetto di analisi sistematica a livello europeo, con almeno tre progetti della

Comunità Europea dedicati ai cosiddetti *deserti medici*. Le leve identificate dalla letteratura per attrarre personale nelle zone periferiche includono la selezione di profili motivazionalmente adeguati, la formazione specifica per i contesti montani, incentivi economici differenziati, supporto organizzativo e, in alcuni casi, meccanismi di indirizzo obbligatorio. A queste leve si aggiungono elementi di attrattività intrinseca che i contesti periferici possono offrire ai giovani professionisti: maggiore autonomia decisionale, visibilità clinica, assunzione precoce di responsabilità e contatto diretto con gli esiti delle proprie azioni - elementi strutturalmente difficili da ottenere in contesti ospedalieri di grandi dimensioni.

Sul versante delle prospettive a medio termine, la carenza di medici specialisti è destinata a ridursi nel corso del prossimo decennio, con una produzione di laureati che supererà i pensionamenti. La criticità strutturale che persisterà riguarda invece la professione infermieristica: con 20.000 accessi annui ai corsi, 12.000 laureati e 14.000 uscite dal sistema, il saldo è strutturalmente negativo, e un raddoppio degli stipendi non produrrebbe effetti significativi sul numero di iscrizioni nel breve-medio periodo.

SKILL MIX CHANGE E RIPENSAMENTO DEI MODELLI PROFESSIONALI

Lo squilibrio nella disponibilità di professionisti impone un ripensamento profondo dei modelli organizzativi, che la letteratura definisce *skill mix change*: la capacità di erogare i servizi necessari con il personale disponibile, ridisegnando i confini delle competenze professionali in funzione dei bisogni reali piuttosto che delle tradizionali demarcazioni di ruolo.

Questa trasformazione è particolarmente urgente nei contesti come quello bellunese, dove la rigidità dei profili professionali - uniformi per norma da Belluno ad Agrigento - risulta incompatibile con la specificità dei bisogni locali. Il territorio montano richiede che i professionisti disponibili assumano responsabilità e svolgano funzioni più ampie rispetto a quanto previsto dagli schemi standardizzati, e che il sistema istituzionale crei le condizioni normative e organizzative per rendere possibile questa flessibilità.

In parallelo si afferma il modello delle équipes itineranti: mentre in passato erano i pazienti a recarsi dove si trovava il professionista, la modernità inverte questa logica, rendendo il professionista mobile rispetto a piattaforme operative standardizzate. Alcune esperienze già in

corso in contesti ospedalieri avanzati mostrano come la standardizzazione degli ambienti di lavoro consenta ai professionisti di operare in sedi diverse con pari efficacia, portando la competenza dove si trova il bisogno.

FATTORI CRITICI DI SUCCESSO PER IL CAMBIAMENTO

In conclusione, le aree interne come quella bellunese si trovano oggi in una posizione paradossalmente favorevole: da territori percepiti come marginali e problematici, sono diventati laboratori di soluzioni che anticiperanno i problemi dell'intero sistema sanitario nazionale. Questa transizione richiede tuttavia che alcuni fattori critici vengano presidiati con consapevolezza.

Il primo è la *visione strategica condivisa*: i singoli progetti acquisiscono significato solo se inseriti in una narrazione coerente di cambiamento, costruita congiuntamente dalla direzione aziendale e dalle istituzioni locali. Senza questo *sense making* collettivo, l'accumulo di iniziative puntuali genera dispersione piuttosto che trasformazione.

Il secondo è la *presa d'atto realistica dei vincoli*: operare al 6,2% del PIL con una carenza strutturale di infermieri non è una condizione temporanea destinata a risolversi, ma il dato di parten-

za entro cui identificare le priorità. L'incapacità di assumere questo vincolo come reale alimenta frustrazione nei professionisti e aspettative insoddisfacibili nella popolazione.

Il terzo è il *coinvolgimento della collettività locale*, non soltanto come destinataria di servizi ma come risorsa attiva del sistema. Le comunità montane spesso non percepiscono pienamente il valore di quanto già ricevono, concentrando l'attenzione sulle lacune. Una comunicazione più efficace dei benefici effettivamente erogati rappresenta una leva di consenso e partecipazione ancora insufficientemente utilizzata.

Il quarto è la *motivazione e l'alleanza con i professionisti*, che non si ottengono per decreto ma richiedono competenze di gestione del personale ancora scarsamente presenti nelle direzioni aziendali, troppo orientate a paradigmi giuridico-amministrativi rispetto a quelli della gestione organizzativa.

Il quinto è il *radicamento in una rete istituzionale più ampia*: la Regione deve essere percepita come alleato sistemico e non come controparte, perché senza questo rapporto i problemi strutturali non trovano soluzione.

Il sesto, infine, è l'*approccio graduale e progressivo all'innovazione*: non esistono soluzioni immediate né trasformazioni istantanee. Costru-

ire un sistema che funziona richiede pazienza, costanza, collaborazione e solidarietà - le stesse qualità che chi frequenta la montagna riconosce come indispensabili per raggiungere una meta impegnativa. A queste si aggiunge un elemento che non si può costruire per via organizzativa, ma solo coltivare: il coraggio e la fiducia nel raggiungimento dell'obiettivo.

| Moderatore

L'intervento del Professor Del Vecchio merita riconoscimento per almeno tre ragioni. La prima è la franchezza con cui ha affrontato temi che chi opera all'interno di un sistema istituzionale fatica talvolta a enunciare esplicitamente: comprendere con lucidità la direzione in cui ci si sta muovendo è una condizione necessaria per orientare le scelte. La seconda è la dimestichezza dimostrata con il percorso specifico dell'ULSS 1 Dolomiti: il riconoscimento dello sforzo compiuto nella costruzione delle reti, nel *community building* e nella concezione della salute come processo collettivo non è una cortesia formale, ma la registrazione di un lavoro concreto. La terza è che il suo contributo ha offerto una cornice concettuale utile per introdurre il tema che segue: le aree interne e le politiche di programma-

zione territoriale. e il suo contributo offre una cornice concettuale utile per introdurre il tema successivo: le aree interne e le politiche di programmazione territoriale.

FRAGILITÀ E MARGINALITÀ: OLTRE LA CATEGORIA DELL'ALTITUDINE

Uno degli apprendimenti più significativi che questo percorso ha prodotto riguarda la natura dei problemi che il territorio bellunese affronta. Tali problemi non sono propriamente riconducibili all'altitudine come fattore geografico, ma a un contesto di fragilità e marginalità che caratterizza la montagna ma che si ripresenta in molte altre zone del paese. Come evidenziato nella prima parte della relazione Del Vecchio, programmare per le aree interne significa elaborare criteri capaci di non lasciare indietro nessun territorio e nessuna persona, indipendentemente da dove si collochi sulla mappa.

LE POLITICHE NAZIONALI PER LE AREE INTERNE: UN CANTIERE ANCORA APERTO

Nonostante dal 2014 esista una politica nazionale dedicata alle aree interne, il divario tra la rilevanza del tema nel dibattito pubblico e le azioni concretamente realizzate rimane significativo. Un segnale di discontinuità è tuttavia

emerso: nel discorso di fine anno del Presidente della Repubblica, la questione della montagna e delle aree interne è stata posta come una sfida che il paese è chiamato ad affrontare in modo strutturale. Si tratta di un riconoscimento istituzionale che può contribuire a tradurre l'attenzione discorsiva in impegni programmatici concreti.

TRE LIVELLI DI PROGRAMMAZIONE NECESSARI

Affrontare con efficacia la programmazione per le aree interne richiede un'azione coordinata su tre livelli distinti. Il primo è quello statale: è necessario affermare con chiarezza che non tutti i territori sono equivalenti e che contesti specifici richiedono strumenti di programmazione e finanziamento dedicati. Su questo punto, vale la pena richiamare quanto sancito dalla Carta di Feltre, che venticinque anni fa ha stabilito per la prima volta a livello nazionale il principio di una programmazione e di un finanziamento specifici per i territori montani.

Il secondo livello riguarda i cittadini. Le comunità locali sono chiamate a superare una logica di protesta puntuale e sterile per assumere un ruolo attivo e corresponsabile nei confronti delle istituzioni: è questa la sostanza del *com-*

munity building, inteso non come tecnica organizzativa ma come patto civico tra popolazione e sistema sanitario.

Il terzo livello è quello regionale. Alla Regione spetta il compito della programmazione, ma tale compito richiede orizzonti temporali che eccedono la durata di un mandato elettorale. Contrastare la denatalità in una provincia come quella di Belluno, ad esempio, non è un obiettivo conseguibile nei tempi ordinari della politica: richiede una visione e una continuità d'azione che trascendono i cicli istituzionali.

BELLUNO COME LABORATORIO DEMOGRAFICO ANTICIPATORIO

Un ultimo elemento merita di essere sottolineato, raccogliendo il suggerimento del Professor Del Vecchio. La curva demografica della provincia di Belluno segue l'andamento del Veneto e dell'Italia con un anticipo di circa dieci anni. L'inverno demografico che il paese sta sperimentando oggi, Belluno lo ha attraversato un decennio fa. Questa anticipazione non è solo un dato di sofferenza storica, ma una risorsa: i percorsi sviluppati in questo territorio per rispondere alla contrazione demografica, all'invecchiamento della popolazione e allo spopolamento delle aree periferiche possono

costituire un riferimento concreto per l'intero sistema nazionale quando tali fenomeni si manifesteranno con la stessa intensità anche altrove.

I CRITERI DELLA PROGRAMMAZIONE REGIONALE DEI SERVIZI SANITARI NELLE AREE INTERNE.

| Romina Cazzaro

La programmazione sanitaria è la capacità di organizzare attività e servizi in funzione di obiettivi definiti e di bisogni – più o meno esplicitamente espressi – della popolazione di riferimento. Gli obiettivi che orientano questo processo sono quelli tipici del sistema sanitario: prevenzione, assistenza ospedaliera, sviluppo territoriale e integrazione sociosanitaria, secondo il modello che caratterizza specificamente il sistema veneto. Tra gli strumenti disponibili, i più rilevanti per ampiezza di visione, orizzonte temporale e articolazione tematica sono il Piano Sanitario Nazionale e il Piano Sociosanitario Regionale.

LE AREE INTERNE E LE SFIDE DEL TERRITORIO

Le aree interne presentano specificità che le di-

stinguono strutturalmente dagli altri contesti: bisogni peculiari, caratteristiche demografiche proprie e difficoltà oggettive nella gestione della mobilità dei pazienti e nella concentrazione dei servizi. Queste caratteristiche definiscono la sfida principale del territorio bellunese, ma il medesimo fenomeno si ripresenta, con varianti, in altre zone del Veneto - alcune aree delle province di Venezia e Rovigo - accomunate dalla difficoltà di adeguare il livello di servizio al contesto orografico e demografico specifico.

IL QUADRO NORMATIVO NAZIONALE: DM70 E DM77

La programmazione sanitaria nazionale si articola intorno a due decreti ministeriali già richiamati nel corso dei lavori, sui quali vale la pena soffermarsi per ricostruire il filo logico del discorso. Il DM70 del 2015 ha riorganizzato la rete ospedaliera nazionale introducendo e consolidando alcuni concetti fondamentali: la struttura a rete con nodi *"hub and spoke"*, la definizione di bacini di utenza per specialità, la correlazione tra qualità delle cure e volumi di attività, e la formalizzazione di standard organizzativi, strutturali e tecnologici per le strutture del Servizio Sanitario Nazionale e regionale. La rete ospedaliera si declina anche per pato-

logia, configurando modelli di riferimento differenziati secondo la natura e la complessità delle condizioni trattate.

Il DM77, più recente, affronta l'altra dimensione del sistema, quella territoriale, riprendendo e applicando al contesto delle cure primarie gli stessi principi organizzativi che hanno guidato la riforma ospedaliera: logica di rete, organizzazione per servizi e coordinamento tra i nodi. Il PNRR ha impresso un'accelerazione significativa a questo processo, rendendo la continuità ospedale-territorio non più un obiettivo astratto ma un cantiere operativo con scadenze e risorse definite.

IL PIANO SOCIOSANITARIO REGIONALE E L'ORGANIZZAZIONE VENETA

Il Piano Sociosanitario vigente recepisce l'impianto del DM70 e pone particolare attenzione ai territori che richiedono un approccio differenziato: le aree a bassa densità di popolazione, con specifica attenzione alle zone montane e lagunari. L'obiettivo è garantire cure di prossimità per le prestazioni che possono e devono essere erogate vicino al paziente, mantenendo al contempo la centralizzazione per le cure ad alta complessità, dove prevale la concentrazione di strutture, competenze e tecnologie fino

ai centri di riferimento a valenza regionale. La programmazione in vigore - e quella in corso di sviluppo - si struttura attorno a tre assi principali: la rete, i percorsi e la tecnologia.

LE RETI CLINICHE: STRUTTURA E FUNZIONAMENTO

La rete rappresenta lo strumento attraverso cui garantire la presa in carico del bisogno del paziente, mettendo in relazione la struttura dei servizi presenti sul territorio, le competenze professionali di tutte le figure sanitarie coinvolte e i diversi livelli di assistenza. Alcune reti sono definite per patologia, secondo il modello *"hub and spoke"* applicato alla singola condizione clinica; altre hanno una funzione più marcatamente organizzativa.

La rete definisce le regole del proprio funzionamento, le modalità di monitoraggio a livello locale e regionale, i requisiti minimi di sicurezza e qualità per i processi nelle singole sedi, la qualificazione dei professionisti che ne fanno parte e - con crescente rilievo negli anni più recenti - le modalità di coinvolgimento dei cittadini nell'aggiornamento e nella comunicazione delle attività della rete. Ogni rete opera su un bacino di riferimento dimensionato in funzione della specificità delle patologie trattate, dei

criteri di tempo-dipendenza e degli standard di volume minimo di attività e qualità degli esiti.

La rete principale è quella ospedaliera, articolata in presidi con ruolo regionale, provinciale e in spoke le cui attività si integrano con quelle degli hub. Ne fanno parte, con funzione di nodi specifici, anche strutture private accreditate - tra cui i presidi riabilitativi - e l'Istituto Oncologico Veneto. All'interno di ciascuna rete opera un coordinatore clinico di riferimento, in raccordo con i responsabili dell'attività nelle altre strutture della regione.

Tra le reti di più lunga tradizione si collocano la rete dell'emergenza-urgenza - articolata nei presidi di primo e secondo livello e nell'intera rete di soccorso territoriale con ambulanze, automediche ed elicotteri - e la rete del trauma, che assegna a ciascun ospedale un ruolo definito e un profilo di prestazioni garantite in modalità continuativa. A queste si affiancano le reti tempo-dipendenti per l'ictus e per l'infarto, anch'esse formalizzate da tempo e attualmente in fase di aggiornamento dei coordinamenti. Di più recente istituzione sono la rete delle terapie intensive - nata durante la pandemia e aggiornata nel 2024 - e le reti delle microbiologie, della patologia e dell'ematologia, formalizzate nell'ultimo anno. Un elemento di valore

trasversale a tutte le reti è la possibilità di mettere a confronto i professionisti delle diverse aziende, utilizzando questa interazione come risorsa per la definizione di protocolli comuni.

I PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI E GLI OBIETTIVI DI QUALITÀ

Le reti cliniche operano attraverso percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali che integrano criteri di appropriatezza nella definizione del percorso clinico e nel corretto utilizzo delle risorse, con obiettivi di sicurezza, efficacia ed efficienza. Per alcune reti, in particolare quella oncologica, il tema dei volumi di attività assume rilevanza determinante: la letteratura scientifica dimostra che, per specifiche patologie, la qualità degli esiti è strettamente correlata alla concentrazione dei casi trattati.

Nel corso del 2024 è stato formalizzato a livello regionale un modello unitario di percorso diagnostico-terapeutico assistenziale, il cui atto deliberativo è in corso di numerazione. Questo strumento garantirà una definizione uniforme dei percorsi, indipendentemente dalla rete di riferimento, favorendo la continuità assistenziale, la qualità e la sicurezza delle prestazioni. I percorsi vengono sviluppati a partire dagli indirizzi ministeriali, con il coinvolgimento dei

professionisti sanitari, delle associazioni dei pazienti e dei rappresentanti di tutte le aziende sanitarie - tra cui l'ULSS 1 Dolomiti, che porta al tavolo le specificità e i fabbisogni del territorio bellunese. Il processo si basa sui dati epidemiologici regionali e si articola in gruppi di lavoro multiprofessionali e multidisciplinari.

LA TELEMEDICINA: IL TERZO PILASTRO DELLA PROGRAMMAZIONE

Il terzo asse della programmazione regionale è rappresentato dalla tecnologia, con particolare riferimento alla telemedicina. Se la rete e i percorsi garantiscono la comunicazione tra strutture e professionisti, manca ancora un sistema tecnologico strutturato che consenta di rendere sistematica questa comunicazione, superando le modalità informali e frammentate attualmente in uso.

Lo sviluppo della telemedicina in Regione Veneto si avvale delle risorse del PNRR, che ha dedicato una specifica missione a questo ambito, articolata in due linee di azione: l'acquisizione di una piattaforma regionale unica valida per tutte le aziende sanitarie, e la dotazione di postazioni operative. La piattaforma è stata acquisita attraverso una gara condotta dalla Regione Lombardia per conto di tutte le regioni italiane;

parallelamente, è stato avviato un processo di integrazione con i dispositivi medici già in uso nelle aziende, al fine di garantire un ambiente operativo unificato.

I servizi con cui la piattaforma sarà attivata sono quattro: televisita, telemonitoraggio - sia domiciliare sia in strutture extraospedaliere, teleconsulto tra professionisti sanitari con scambio strutturato di dati e referti e teleassistenza domiciliare per la gestione di specifici bisogni clinici quali la cura delle medicazioni o la gestione dei presidi. La piattaforma è concepita come strumento a supporto di tutte le figure professionali sanitarie, non soltanto dei medici, e prevede un'attivazione progressiva che consentirà, entro la fine dell'anno, l'operatività in tutte le aziende almeno per i servizi di base.

L'ULSS 1 Dolomiti è stata designata come azienda pilota per il collaudo della piattaforma, scelta motivata dalla già consolidata familiarità del territorio con le modalità di erogazione a distanza: Belluno eroga già oggi prestazioni di telemedicina in numero significativo, contribuendo in misura rilevante al raggiungimento degli obiettivi regionali rendicontati periodicamente alla Commissione Europea.

Sul piano dei contenuti clinici, il gruppo di lavoro regionale ha definito dodici documenti che

formalizzano i requisiti minimi per ciascuna tipologia di prestazione - cosa serve per una televisita, cosa per un telemonitoraggio - con focus iniziale sulle patologie croniche a maggiore impatto: area cardiologica, pneumologica e diabetologica. In una seconda fase verranno integrati nella piattaforma i dispositivi di monitoraggio già in uso nelle aziende, come i sensori per la glicemia e i defibrillatori impiantabili con capacità di trasmissione remota.

UN MODELLO INTEGRATO PER LA CONTINUITÀ DELLE CURE

I tre assi - rete, percorsi e tecnologia - non sono elementi autonomi ma componenti di un sistema integrato: nessuno dei tre è sufficiente da solo. La piattaforma tecnologica rappresenta la novità più visibile, ma i percorsi diagnostico-terapeutici richiedono manutenzione continua per restare aggiornati rispetto alle evoluzioni farmacologiche e tecnologiche delle singole patologie, e le reti cliniche necessitano di presidio costante per mantenersi funzionali. L'integrazione dei tre elementi consente di costruire modelli flessibili, capaci di garantire lo stesso livello di cura in tutte le sedi della regione senza imporre al paziente spostamenti verso i centri dove quella competenza è più concentrata: un

obiettivo che per i territori montani come quello bellunese non è una preferenza organizzativa, ma una condizione di equità nell'accesso alle cure.

OPPORTUNITÀ DI SVILUPPO PER LA MONTAGNA VENETA

| Maurizio Gasparin

La valorizzazione delle aree interne costituisce una priorità che ho affrontato attraverso un confronto sistematico con i sindaci e le autorità locali della provincia. Dalle criticità emerse in questo percorso è scaturita una proposta di programmazione strategica regionale, articolata in un programma di riordino territoriale. Tra i fattori che più ostacolano lo sviluppo delle aree interne figura la frammentazione dei livelli di governo: la semplificazione amministrativa rappresenta pertanto una condizione necessaria, non accessoria, per rendere efficaci gli interventi. In questo quadro, il PNRR costituisce uno strumento rilevante, a condizione che gli investimenti producano ricadute economiche concrete sul territorio e che si accompagnino a una reale semplificazione delle procedure tra amministrazioni, istituzioni locali e cittadini.

CARATTERISTICHE INNOVATIVE DELLE OLIMPIADI MILANO-CORTINA 2026

Le Olimpiadi invernali del 2026 presentano una struttura organizzativa inedita rispetto a tutti i precedenti analoghi. Per la prima volta nella storia dei Giochi vengono coinvolte due regioni su un territorio molto esteso, due province autonome e due comuni - Milano e Cortina - in una configurazione che ha definito fin dall'origine le specificità organizzative dell'evento. Vale richiamare il precedente delle Olimpiadi invernali del 1956, svoltesi a Cortina, che hanno prodotto nel tempo un effetto moltiplicatore significativo non soltanto per Cortina ma per l'intero territorio bellunese: un riferimento utile per calibrare le aspettative sulle ricadute di lungo periodo dell'evento attuale.

Sul piano organizzativo, sono stati costituiti per legge dello Stato due soggetti giuridici dedicati: la Fondazione Milano-Cortina e la società Infrastrutture Milano Cortina. A questi si affiancano gli enti territoriali coinvolti, non soltanto i comuni sede delle competizioni, e, per il territorio bellunese, la Fondazione Cortina, che svolge un ruolo centrale nella messa a terra della programmazione locale.

INVESTIMENTI E RICADUTE ECONOMICHE SUL TERRITORIO

Le ricadute economiche sul territorio sono già oggi rilevanti. Le opere sportive programmate dal Governo e in fase di realizzazione rappresentano un investimento di quasi 200 milioni di euro. Gli interventi infrastrutturali - tra cui la variante di Longarone e la variante di Cortina, opere attese da decenni - superano complessivamente il miliardo di euro. Si tratta di interventi che rispondono a fabbisogni strutturali del territorio e che producono effetti indipendenti dall'evento olimpico in senso stretto.

L'analisi dell'impatto economico, sviluppata con il contributo di tre università in sede di elaborazione del dossier di candidatura, ha stimato per l'area ampezzana una spesa di investimento superiore ai 2 miliardi di euro, un valore della produzione che supera i 5 miliardi e circa 36.000 unità lavorative coinvolte. Queste dimensioni conferiscono all'evento una valenza strategica che travalica il perimetro provinciale e investe l'intero sistema regionale.

La visibilità mediatica è un ulteriore fattore di rilievo. I diritti di trasmissione sono stati assegnati dal CIO a Warner Bros. Discovery e all'European Broadcasting Union, garantendo una copertura globale che rappresenta un'op-

portunità straordinaria di promozione del territorio - con le sue valenze paesaggistiche, culturali, enogastronomiche e sportive - su scala mondiale. Il dossier di candidatura e il metodo di lavoro istituzionale

Il percorso di candidatura ha visto il Veneto inserirsi in una competizione inizialmente articolata su tre proposte distinte - Lombardia-Milano, Piemonte-Torino e Veneto - con un dossier che si è distinto per qualità e solidità organizzativa. La complessità della governance ha imposto l'adozione di un metodo di lavoro strutturato: è stato istituito un tavolo permanente presso la Prefettura, convocato sistematicamente, con il compito di raccogliere i contributi dei soggetti coinvolti e coordinare la messa a terra delle attività organizzative più complesse.

IL PROGRAMMA STRATEGICO REGIONALE DI AVVICINAMENTO AI GIOCHI

Parallelamente agli investimenti statali e regionali, la Giunta regionale ha elaborato un Programma Strategico di avvicinamento ai Giochi, concepito come strumento di valorizzazione dell'opportunità olimpica. Il programma ha raccolto 188 attività proposte dalle singole strutture regionali - nei settori dello sport, del sociale, del lavoro, dell'agroalimentare, del-

le attività produttive - e le ha integrate con i contributi dei portatori di interesse diffusi sul territorio: categorie economiche e soggetti del mondo produttivo e sociale.

Le iniziative finanziate nell'ambito di questo programma hanno riguardato l'ampliamento dell'offerta formativa scolastica in ambito sportivo, la promozione di attività ludico-sportive, campagne di comunità attive per la promozione di stili di vita sani, e l'adeguamento degli impianti sportivi. Le risorse sono state reperite attraverso il bilancio regionale e finanziamenti comunitari. L'obiettivo complessivo è costruire una cornice di valorizzazione del territorio - sotto il profilo economico, gastronomico, paesaggistico e della sostenibilità - capace di proiettare un'immagine coerente e attrattiva verso l'esterno in concomitanza con i Giochi.

LEGACY MATERIALE E IMMATERIALE: SOSTENIBILITÀ A LUNGO TERMINE

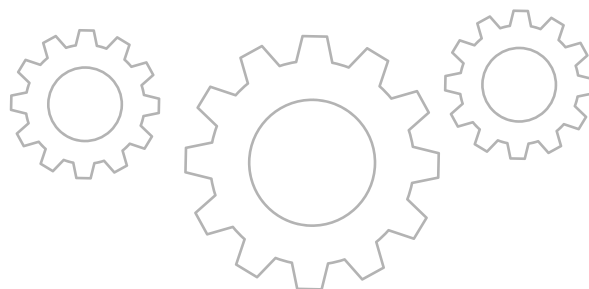
Il tema della *legacy* - ciò che l'evento lascia in eredità al territorio - è stato affrontato fin dalle fasi iniziali della programmazione, nella duplice dimensione materiale e immateriale. Sul piano materiale, il Comitato Olimpico Internazionale ha richiesto un piano di valorizzazione degli investimenti realizzati, orientato a garantirne la

sostenibilità finanziaria nel lungo periodo. A tal fine sono stati conclusi accordi con soggetti pubblici e privati per ciascuna delle infrastrutture olimpiche, con particolare attenzione alla pista da bob di Cortina, oggetto di ampio dibattito pubblico: per questo impianto è stato definito un piano puntuale di valorizzazione post-olimpica, con il coinvolgimento dei comuni interessati, delle province autonome, della Federazione Italiana Sport Invernali e della Federazione Italiana Sport Olimpici. È stato inoltre istituito un tavolo tecnico di programmazione che definirà, con cadenza quadriennale, il calendario degli eventi mondiali da ospitare nell'impianto.

Sul piano immateriale, la *legacy* si misura nella capacità dell'evento di produrre effetti duraturi sull'identità, sull'attrattività e sulla coesione del territorio. In questa prospettiva, l'inclusività è stata assunta come principio organizzativo trasversale. Il segmento dell'ecoturismo - stimato in circa 127 milioni di praticanti in Europa, di cui 10 milioni in Italia, con un incremento del fatturato del 15% e soggiorni medi di oltre 10 giorni - rappresenta un mercato ad alta capacità di spesa che le Olimpiadi possono contribuire a intercettare in modo strutturale. Su questi temi è in corso una collaborazione con l'Uni-

versità di Venezia, finalizzata a definire politiche turistiche di lungo periodo per il territorio bellunese.

L'obiettivo fondamentale che la Giunta regionale si è posta è che i Giochi costituiscano un'occasione capace di generare nel tempo un volume economico significativo e un modello organizzativo replicabile. Questo richiede che all'evento si affianchi un sistema di coinvolgimento istituzionale e privato solido, e che le Olimpiadi vengano inserite in una strategia più ampia di riordino territoriale e semplificazione amministrativa: una cornice dentro la quale la valorizzazione del territorio bellunese e delle aree interne possa proseguire ben oltre la chiusura dei Giochi.



SECONDA SESSIONE

SOLUZIONI INNOVATIVE PER LA SANITÀ DI MONTAGNA: DAL PENSARE AL FARE

| Moderano: **Paola Paludetti e Sandro Cinquetti**

DAI DOCUMENTI DI CONSENSO ALL'AZIONE.

| **Maria Caterina De Marco**

Il ciclo di quattro convegni che si conclude oggi ha rappresentato un percorso impegnativo e fondamentale per l'azienda. La scelta del sottotitolo «gestire la complessità» non è casuale: la complessità richiede cura, perché coinvolge le strutture organizzative, i professionisti e gli stakeholder del territorio. Il sistema sanitario è un sistema complesso adattativo, nel quale ogni cambiamento richiede un governo consapevole e ogni modello organizzativo raggiunto costituisce il punto di partenza per un percorso successivo. In questo senso, la collaborazione con la comunità non è un elemento accessorio ma una condizione strutturale: la capacità dei cittadini di autodeterminarsi - in particolare

nelle aree della prevenzione - riduce l'insorgenza della malattia e alleggerisce la domanda sul sistema. La quantità e la varietà delle relazioni che caratterizzano le organizzazioni sanitarie sono esattamente ciò che ne definisce la complessità e ne misura la vitalità.

STATO DI AVANZAMENTO DELLE PROGETTUALITÀ

Dai tre convegni precedenti – svoltisi a Feltre, Pieve di Cadore e Agordo – sono emerse circa venti aree tematiche di miglioramento, tutte in corso di sviluppo. La loro rappresentazione attraverso un modello a bersaglio riflette la logica con cui le organizzazioni sanitarie vengono misurate: non tutte le aree hanno raggiunto lo stato ottimale, né ciò era realisticamente atteso dopo un solo anno di lavoro. La presenza di aree ancora in sviluppo non costituisce un insuccesso, ma la fisiologia di un percorso di miglioramento continuo, nel quale anche un risultato consolidato può richiedere revisione se

il contesto organizzativo o i bisogni dei cittadini evolvono. A queste si aggiungeranno le aree di miglioramento che emergeranno dai lavori della giornata odierna.

ZONE DISAGIATE E TELEMEDICINA

Tra i temi emersi nel convegno di Feltre, lo sviluppo delle zone disagiate ha trovato un primo riconoscimento formale nell'accordo integrativo della medicina generale, che ha classificato specifiche aree della provincia come disagiate e disagiatissime. Questa classificazione persegue un duplice obiettivo: riconoscere la maggiore complessità operativa dei professionisti che lavorano in contesti orograficamente difficili e incentivare l'attrattività di queste zone per i nuovi medici di famiglia. La telemedicina rappresenta il secondo tema di rilievo emerso da Feltre. L'ULSS 1 Dolomiti è stata designata come azienda pilota per la nuova piattaforma regionale, punto di arrivo di un percorso che parte da una base già consolidata di esperienze operative. Una delle più significative riguarda il collegamento in telemedicina tra le RSA della provincia - comprese quelle più distanti - e le geriatrie aziendali: un modello che consente di monitorare e trattare i pazienti nel loro luogo di residenza, riducendo gli accessi impropri al pronto soccorso.

FORMAZIONE, ATTRAZIONE DEL PERSONALE E COLLABORAZIONI UNIVERSITARIE

La carenza di professionisti sanitari rimane una criticità strutturale, con dinamiche differenziate per le diverse categorie. Per i medici specialisti si registrano segnali incoraggianti: la partecipazione ai concorsi aziendali mostra un trend di ripresa che lascia prevedere una progressiva copertura dei posti vacanti. Per gli infermieri, la criticità appare invece destinata ad aggravarsi nel medio periodo, coerentemente con le dinamiche nazionali già descritte.

Un contributo determinante alla continuità dell'offerta prestazionale è garantito dalla collaborazione con le università di Padova e Verona. In particolare, la sinergia con l'Azienda Ospedaliera di Padova ha consentito di abbattere la gran parte delle liste di attesa, garantendo ai cittadini bellunesi una risposta tempestiva. La collaborazione con l'Università di Verona assicura inoltre un flusso continuativo di specializzandi a supporto dell'attività clinica.

PARTECIPAZIONE COMUNITARIA E PROMOZIONE DELLA SALUTE

La partecipazione della comunità al percorso di salute è stata sviluppata attraverso una serie di iniziative aperte alle istituzioni e alla cittadinanza-

za. I «Mercoledì della Salute» avviati a Feltre e i «Giovedì della Salute» in fase di avvio a Belluno rappresentano format di incontro periodico con la popolazione su temi di prevenzione e cura. Il progetto «Verso l'Argento» ha coinvolto la popolazione anziana sul tema dell'invecchiamento attivo e in salute; il progetto «Comelico in Salute» ha costruito le basi per una collaborazione strutturata con specifiche comunità locali su progettualità di promozione della salute. Il ciclo di incontri «Nascere nelle Dolomiti», dedicato al percorso salute mamma-bambino, ha già toccato tre sedi: Cencenighe, Cortina e Santo Stefano di Cadore, e vi è l'intenzione comunque di proseguire in altre località.

RETI TEMPO-DIPENDENTI E SERVIZI DI EMERGENZA

Dal convegno di Pieve di Cadore è emersa con chiarezza la necessità di potenziare i mezzi di soccorso per le reti tempo-dipendenti, in un territorio dove la velocità di intervento è determinante per l'esito di eventi come l'infarto e l'ictus, con criticità accentuate dalla stagionalità turistica. Il potenziamento dei mezzi su ruota e l'attivazione del secondo elicottero sono oggi realtà operative, con la programmazione già definita per la stagione estiva e invernale, in

raccordo con il CREU e la programmazione regionale. È stato inoltre avviato un censimento sistematico di tutti i defibrillatori presenti sul territorio provinciale, realizzato con il supporto della Provincia e dei Lions. La mappatura consente al 118 di orientare in tempo reale gli astanti verso il defibrillatore più vicino in caso di arresto cardiaco, aumentando significativamente le possibilità di sopravvivenza prima dell'arrivo dei soccorsi.

Per la rete ictus è stato redatto e condiviso con i professionisti dell'Ospedale di Treviso un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale che struttura in modo più fluido il raccordo tra le due aziende. Per la rete trauma sono stati realizzati incontri con le associazioni di volontariato, con restituzione di feedback sulle loro attività e programmazione di corsi di formazione congiunta. Per la rete della neonatologia, la formazione è in corso con risultati positivi.

CASE DI COMUNITÀ, INFERMIERA DI FAMIGLIA E SALUTE MENTALE

Le Case di Comunità rappresentano una sfida organizzativa che l'azienda sta affrontando in stretto raccordo con gli stakeholder territoriali, in primo luogo i comuni. Il Punto Unico di Accesso è concepito come il nuovo strumento di

risposta integrata ai bisogni dei cittadini, che richiede il coinvolgimento attivo degli Ambiti Territoriali Sociali. Il modello dell'infermiera di famiglia è già operativo in alcune aree del territorio e sarà progressivamente integrato nel funzionamento delle Case di Comunità.

Sul versante della salute mentale, i percorsi restano complessi e richiedono ancora un lavoro significativo. Un primo intervento concreto ha riguardato l'apertura del Centro di Salute Mentale di Feltre nelle dodici ore, dal lunedì al venerdì e il sabato mattina, per offrire un riferimento continuativo sia ai pazienti sia ai loro familiari. Sono stati inoltre implementati alcuni strumenti digitali a supporto dei percorsi, come emerso dal convegno di Agordo.

CURE PALLIATIVE E PERCORSI ONCOLOGICI

Le cure palliative rappresentano un'area di eccellenza dell'azienda, sostenuta da una rete solida che include professionisti dedicati e associazioni di volontariato. L'assistenza si estende ai pazienti cronici oltre che a quelli oncologici, con servizi attivi al domicilio - inclusa la distribuzione di farmaci e presidi come le stomie. Sette medici di medicina generale hanno conseguito la certificazione in cure palliative attraverso un percorso formativo realizzato in col-

laborazione con l'Azienda Sanitaria di Trento. Per le cure palliative pediatriche sono già state erogate quattro edizioni del corso regionale, con la partecipazione di tutti i pediatri di libera scelta; altre quattro edizioni sono programmate per il 2025 ed è stato individuato il case manager di riferimento.

Sul versante oncologico, la provincia di Belluno presenta un'incidenza particolarmente elevata di melanoma: l'azienda ha approvato un Percorso Diagnostico Terapeutico dedicato e ha avviato campagne di promozione della diagnosi precoce. Sono inoltre in corso interventi sulla disassuefazione dal fumo e sul tema alcolico, con l'apertura di nuovi posti letto per l'alcolologia ad Auronzo di Cadore. Le vaccinazioni anti-HPV sono accessibili con prenotazione libera attraverso agende aperte.

UNA VISIONE SISTEMICA DEL CAMBIAMENTO

Il percorso compiuto nell'ultimo anno ha consentito di individuare e avviare una pluralità di progettualità che non sarebbe stato possibile sviluppare in isolamento. Il cambiamento organizzativo incontra resistenze fisiologiche, la tendenza a replicare ciò che è sempre stato fatto, che possono essere superate solo attraverso

so la condivisione del senso del cambiamento e la costruzione di alleanze solide con tutti gli attori del sistema. L'azienda sanitaria non può e non deve lavorare da sola: la sinergia con la comunità, con le istituzioni locali e con i professionisti è la condizione necessaria per raggiungere obiettivi che nessun attore singolo potrebbe conseguire. È in questa direzione che il lavoro continuerà.

DALLA RETE DEI RIFUGI SANI E SICURI AL RIFERIMENTO PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE IN QUOTA

| *Vincenzo Marcotriggiano*

Il progetto dedicato alle strutture ricettive ubicate in quota si articola attorno a tre macro-obiettivi distinti. Il primo riguarda il miglioramento della qualità igienico-sanitaria dei rifugi alpini, attraverso la valutazione e il presidio di aspetti strutturali, impiantistici e gestionali. Il secondo consiste nel potenziamento della sicurezza sanitaria mediante l'acquisizione di competenze specifiche da parte del personale e la dotazione di strumentazione dedicata. Il terzo obiettivo è la promozione della salute: i rifugi alpini costituiscono per loro natura un setting favorevole alla

promozione dell'attività motoria, considerato che il solo accesso a queste strutture richiede tipicamente un'escursione.

QUADRO NORMATIVO E PREREQUISITI PER L'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ

Il progetto si innesta su un quadro normativo già definito. La Delibera di Giunta Regionale del Veneto del 2019 disciplina gli aspetti strutturali e gestionali specifici dei rifugi alpini come condizione per l'esercizio dell'attività. A questa si affiancano il Regolamento CE 852/2004 in materia di sicurezza alimentare e il Decreto Legislativo 81/2008 sulla sicurezza dei lavoratori, che prevede in particolare la formazione e la nomina degli addetti al primo soccorso e degli addetti alla lotta antincendio. Questi elementi costituiscono i prerequisiti inderogabili per l'operatività delle strutture.

REQUISITI AGGIUNTIVI PER IL RICONOSCIMENTO

A partire da questa base normativa, il progetto ha definito otto requisiti aggiuntivi, di cui almeno cinque devono essere verificati in sede di sopralluogo preventivo per accedere al riconoscimento. I requisiti comprendono: il possesso di un defibrillatore semiautomatico esterno -

fornibile in comodato d'uso dal SUEM 118 per le strutture che ne siano prive - la formazione BLSD del personale operante presso il rifugio, la disponibilità di uno sfigmomanometro per la misurazione della pressione arteriosa in quota, la predisposizione di menu con indicazione delle sostanze allergeniche in conformità al Regolamento UE 1169/2011, la garanzia di disponibilità di pasti privi di glutine per i soggetti celiaci, e un approvvigionamento idrico controllato.

CRITICITÀ DELL'APPROVVIGIONAMENTO IDRICO

Quest'ultimo requisito ha rappresentato la principale criticità riscontrata nel corso del progetto. I rifugi alpini non sono serviti da reti idriche pubbliche e si avvalgono tipicamente di captazioni da sorgente o di raccolta di acque meteoriche convogliate in serbatoi di accumulo. In sede di valutazione preventiva sono state rilevate non conformità microbiologiche che hanno richiesto l'adozione di azioni correttive da parte degli operatori del settore alimentare. Il protocollo prevede inoltre una procedura di flussaggio dell'acqua corrente finalizzata alla prevenzione e al contrasto della legionellosi. A completamento dei requisiti, le strutture

devono garantire la disponibilità di creme solari ad alto fattore di protezione. Per facilitare l'adempimento di questo requisito, è stata costruita una partnership con aziende del territorio per la fornitura di prodotti a prezzi calmierati.

PROCEDURA DI ADESIONE E RICONOSCIMENTO

La partecipazione al progetto è volontaria. Il proprietario o il gestore del rifugio presenta una specifica istanza all'ULSS, che viene valutata da un team multiprofessionale sulla base di due istruzioni operative dedicate: una di carattere generale e una specifica per la gestione dell'acqua destinata al consumo umano. La verifica comprende il possesso di tutti i requisiti normativi, di almeno cinque degli otto requisiti aggiuntivi e la valutazione di un rapporto analitico sull'acqua, emesso da un laboratorio accreditato per i parametri batteriologici e chimici. Al superamento di questi criteri, il rifugio riceve il riconoscimento di struttura «sana e sicura».

RISULTATI RAGGIUNTI E PROSPETTIVE FUTURE

Il progetto, avviato dall'ULSS 1 Dolomiti, è stato

successivamente esteso a tutte le ULSS della Regione Veneto, diventando la base di una rete regionale dei rifugi sani e sicuri. Sui poco più di 100 rifugi presenti nella provincia di Belluno, sono state rilasciate a oggi 42 targhe di riconoscimento, assegnate in tre cerimonie distinte: al Rifugio Auronzo nel giugno 2024, al Col dei Baldi nel luglio 2024 e al Rifugio Laresèi nel gennaio 2025 per i rifugi invernali.

Sul versante della promozione della salute, il progetto si sviluppa lungo tre direttrici. La prima è una partnership con l'Istituto Auxologico di Milano e l'Università degli Studi di Milano-Bicocca per uno studio multicentrico dedicato alla misurazione della pressione arteriosa in quota. La seconda è la collaborazione con il Soccorso Alpino e Speleologico nell'ambito del progetto «Montagna Sicura». La terza riguarda le attività di sensibilizzazione e prevenzione del melanoma condotte sia nei rifugi sia attraverso stand dedicati in occasione dei test event pre-olimpici, che impegnano l'azienda da gennaio 2025 fino all'apertura della stagione olimpica invernale di Milano-Cortina 2026.

Sul piano scientifico, i risultati del progetto sono stati oggetto di due pubblicazioni su riviste nazionali e internazionali in ambito biomedico. La diffusione delle buone pratiche at-

traverso la letteratura scientifica risponde a un principio fondamentale di sanità pubblica: le esperienze che producono risultati documentati devono essere descritte e rese disponibili affinché possano essere adottate in contesti analoghi, favorendo la replicabilità del modello in altri territori e setting comparabili.

DALLA PREVENZIONE ALLA PRESA IN CARICO DEL MELANOMA IN UNA PROVINCIA AD ALTO RISCHIO

| Anna Belloni Fortina

La provincia di Belluno detiene dati di incidenza del melanoma tra i più elevati a livello regionale e nazionale, circostanza che rende questo tema di particolare urgenza per il territorio. Il melanoma è un tumore in costante crescita: tra il 1990 e il 2020 la sua incidenza è aumentata dal 2% al 5% nella Regione Veneto, e la sua posizione nella classifica dei tumori per frequenza è progressivamente salita - dal sedicesimo posto nei maschi e dal quattordicesimo nelle femmine nel 1990, al secondo posto nei maschi e al terzo nelle femmine nel 2020. Si tratta di una tendenza epidemiologica preoccupante, che nel contesto bellunese assume caratteri di particolare gravità.

RADIAZIONI SOLARI E MECCANISMI DI DANNO CUTANEO

La principale causa ambientale di melanoma è rappresentata dall'esposizione alle radiazioni solari, in particolare agli ultravioletti di tipo A e B - gli unici che raggiungono la superficie terrestre. Gli UVB agiscono prevalentemente a livello delle cellule epiteliali superficiali - i cheratinociti - e dei melanociti, inducendo alterazioni del DNA attraverso la formazione di dime-ri che, accumulandosi nel tempo, determinano la trasformazione neoplastica della cellula. Da questa distinzione derivano i principali tumori cutanei di origine solare: il carcinoma basocellulare e spinocellulare - originati dai cheratinociti - e il melanoma, originato dalla trasformazione maligna del melanocita.

Vale precisare che l'esposizione solare non è priva di effetti benefici: favorisce la sintesi della vitamina D, migliora il tono dell'umore attraverso la serotonina, regola il ritmo circadiano, riduce la pressione arteriosa per l'azione dell'ossido nitrico e costituisce una terapia riconosciuta per alcune patologie cutanee infiammatorie croniche come l'eczema e la psoriasi. L'obiettivo non è l'eliminazione dell'esposizione, ma la sua gestione consapevole e protetta.

FATTORI DI RISCHIO E CARATTERISTICHE DELLA POPOLAZIONE BELLUNESE

I principali fattori di rischio per il melanoma sono la predisposizione genetica e familiare, l'esposizione cumulativa alle radiazioni ultraviolette, la presenza di numerosi nevi - oltre venti dopo gli otto anni di vita - il fototipo cutaneo chiaro e le condizioni di immunosoppressione, tra cui la terapia immunosoppressiva e il trapianto d'organo.

Il fototipo cutaneo riveste un ruolo determinante: la scala va da 1 a 6 e nella provincia di Belluno la popolazione presenta prevalentemente fototipo 1 e 2 - carnagione molto chiara, capelli biondi o rossi, occhi chiari - caratterizzato da una ridotta capacità di fotoprotezione naturale per la scarsa concentrazione di melanina. Questo dato, associato all'esposizione tipica dell'ambiente montano, spiega in parte l'elevata incidenza locale. La sede anatomica più frequentemente coinvolta nella provincia è la regione testa-collo, esposta in misura maggiore durante le attività all'aperto in quota.

SPECIFICITÀ DELL'ESPOSIZIONE SOLARE IN AMBIENTE MONTANO

L'esposizione solare in montagna presenta caratteristiche che ne amplificano la potenziale

dannosità rispetto ad altri contesti. L'irraggiamento è più diretto e le radiazioni ultraviolette più intense per la riduzione dello spessore atmosferico. La neve riflette fino all'80% delle radiazioni, determinando un'esposizione indiretta significativa anche in condizioni di ombra o copertura nuvolosa. Le nuvole, peraltro, non costituiscono un filtro efficace: lasciano passare fino al 90% delle radiazioni ultraviolette. L'irraggiamento è massimo nelle ore centrali della giornata - indicativamente tra le 11 e le 16 alle latitudini alpine - durante le quali l'angolo di incidenza è più perpendicolare e il potere lesivo delle radiazioni è maggiore.

PREVENZIONE PRIMARIA: COMPORTAMENTI E FOTOPROTETTORI

Le misure di prevenzione primaria si articolano in comportamenti di esposizione consapevole e nell'uso corretto dei dispositivi di fotoprotezione. I bambini nel primo anno di vita non devono essere esposti al sole, poiché i melanociti non hanno ancora raggiunto la maturità funzionale. Per tutte le età, l'esposizione nelle ore centrali della giornata è da evitare o limitare; quando non sia possibile, è indicato l'uso combinato di protezioni fisiche - indumenti coprenti, cappello, occhiali - e protezioni chi-

miche topiche con fattore di protezione solare superiore a 30.

Il fattore di protezione solare (SPF) rappresenta un moltiplicatore del tempo di esposizione tollerabile prima dell'insorgenza dell'eritema: un soggetto che si scotta dopo un minuto di esposizione non protetta potrà permanere al sole per 50 minuti con una crema SPF 50, a condizione che il prodotto sia applicato correttamente. La quantità standard raccomandata è di due milligrammi per centimetro quadrato di superficie cutanea, un quantitativo significativamente superiore a quello mediamente utilizzato nella pratica quotidiana.

PREVENZIONE SECONDARIA E RUOLO DELLE NUOVE TECNOLOGIE

La prevenzione secondaria è orientata alla diagnosi precoce attraverso l'identificazione e la valutazione sistematica delle lesioni sospette. I criteri dermatoscopici di caratterizzazione del melanoma - la regola ABCDE e le sue varianti - sono alla base sia della valutazione specialistica sia dell'educazione del paziente all'autocontrollo.

Il contributo delle nuove tecnologie a questo processo è in rapida evoluzione. La telemedicina può trovare applicazione nel follow-up di

lesioni già identificate come a rischio, riducendo la necessità di accessi ambulatoriali ripetuti. Rispetto all'intelligenza artificiale, il dibattito scientifico è ancora aperto: articoli recentemente pubblicati su JAMA documentano sia le potenzialità sia i limiti attuali di questi strumenti. Nel contesto di una provincia ad elevata incidenza come Belluno, l'applicazione dell'intelligenza artificiale come strumento di screening - per accelerare l'inclusione o l'esclusione dei pazienti nel percorso diagnostico specialistico - rappresenta una prospettiva concreta e appropriata, pur nella consapevolezza che la diagnosi definitiva rimane una prerogativa della valutazione clinica e dermatoscopica del medico.

FORMAZIONE DEGLI OPERATORI E PRESA IN CARICO

In risposta a questo quadro epidemiologico, è stato sviluppato in collaborazione con la Regione Veneto e con l'ULSS 1 Dolomiti un percorso di formazione rivolto agli operatori sanitari del territorio, finalizzato ad ampliare le competenze di riconoscimento precoce e a migliorare la qualità della presa in carico dei pazienti. La formazione degli operatori rappresenta una leva strategica per il potenziamento della pre-

venzione secondaria, in un contesto dove la capillarità della rete territoriale può costituire un vantaggio significativo nell'intercettazione precoce della malattia.

| Giacomo Longo

Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per il melanoma sviluppato dall'ULSS 1 Dolomiti nasce dalla consapevolezza dell'elevata prevalenza di questa neoplasia nel territorio provinciale e dalla necessità di garantire al paziente una presa in carico strutturata, continua e multidisciplinare. Il percorso coinvolge l'intera filiera di professionisti - medici di medicina generale, dermatologi, patologi, chirurghi, oncologi, radiologi, radioterapisti - mantenendo il paziente al centro di ogni fase, dalla prevenzione alla diagnosi, dal trattamento al follow-up.

IL PRIMO ACCESSO E LA VALUTAZIONE INIZIALE

Il percorso prende avvio tipicamente dal medico di medicina generale, al quale il paziente si rivolge per la valutazione di una lesione cutanea individuata autonomamente - per variazione di dimensioni, colore o morfologia - o rilevata incidentalmente nel corso di una visita

per altra causa. Il medico di medicina generale effettua una prima valutazione clinica e, in presenza di elementi di sospetto, invia il paziente a visita dermatologica specialistica con diagnostica dermoscopica, attribuendo la classe di priorità clinica ritenuta appropriata. Il paziente accede alla prenotazione in autonomia tramite impegnativa.

IL RUOLO DELLO SPECIALISTA DERMATOLOGO

La visita dermatologica specialistica costituisce il nodo centrale della fase diagnostica. Il dermatologo valuta la lesione mediante dermoscopia e ne determina il grado di sospetto. In caso di lesione non sospetta, il referto viene trasmesso al medico di medicina generale e il percorso si chiude; se il profilo anamnestico evidenzia fattori di rischio significativi - in particolare familiarità per melanoma - il dermatologo può attivare un programma di follow-up a lungo termine. In caso di lesione sospetta, il dermatologo prescrive una biopsia chirurgica presso uno degli ambulatori aziendali o, per lesioni di piccole dimensioni, la esegue direttamente programmando contestualmente l'intervento di asportazione.

Da questo momento il paziente viene formal-

mente preso in carico dal sistema specialistico: non è più necessario il passaggio dal medico di medicina generale per proseguire l'iter diagnostico e terapeutico.

L'ANALISI ISTOLOGICA E LA STADIAZIONE

Il materiale bioptico viene inviato al patologo, che effettua la diagnosi istologica definitiva e, in caso di melanoma confermato, procede alla stadiazione secondo i criteri TNM. La refertazione patologica determina l'intero orientamento terapeutico successivo e viene comunicata all'équipe che ha in carico il paziente. Lo specialista referente convoca il paziente per la comunicazione dell'esito e per la definizione condivisa del piano di trattamento.

IL TRATTAMENTO MULTIDISCIPLINARE E IL FOLLOW-UP

Il piano terapeutico viene definito in funzione dello stadio della malattia. Per i casi a basso stadio è previsto l'allargamento dei margini di resezione. Per gli stadi più avanzati il percorso include la ricerca del linfonodo sentinella mediante linfoscintigrafia, seguita dall'asportazione chirurgica e dall'eventuale dissezione linfonodale. Le opzioni terapeutiche sistemiche - chemioterapia, immunoterapia, radioterapia

adiuvante o palliativa, terapie neoadiuvanti - vengono valutate e prescritte in funzione delle caratteristiche cliniche e dello stadio.

I casi di melanoma in stadio avanzato o di gestione complessa sono discussi in sede di gruppo multidisciplinare, composto da dermatologi, chirurghi, oncologi, radiologi e radioterapisti. La discussione collegiale produce una strategia terapeutica condivisa, fondata sulle linee guida nazionali e internazionali e sulle evidenze scientifiche consolidate, con indicazioni precise sulla sequenza e sulla modalità degli interventi. Il follow-up è parte integrante del percorso e ne costituisce la fase conclusiva strutturata: per gli stadi minori è affidato al dermatologo con visite periodiche; per gli stadi più avanzati è gestito dall'oncologo, che mantiene in carico il paziente nel tempo.

UN MODELLO CENTRATO SUL PAZIENTE E DISTRIBUITO SUL TERRITORIO

Il PDTA per il melanoma dell'ULSS 1 Dolomiti è il risultato di un processo di elaborazione condotto da un gruppo di lavoro genuinamente multidisciplinare. Il suo valore risiede nella capacità di garantire continuità assistenziale attraverso la rete dei presidi ospedalieri aziendali, distribuiti sul territorio provinciale,

assicurando l'accesso alle fasi diagnostiche e terapeutiche senza imporre al paziente spostamenti verso centri di riferimento esterni se non strettamente necessario. Il modello organizzativo adottato - nel quale il dermatologo funge da cardine diagnostico e da coordinatore del percorso, in raccordo con tutte le altre specialità - consente di coniugare la prossimità territoriale con la qualità e la completezza della presa in carico.

DAI SINTOMI ALLA CURA: LE STRATEGIE ATTUATE PER LA GESTIONE DELL'ICTUS

| Franco Ferracci

L'ictus cerebrale - termine latino equivalente al greco apoplessia e all'anglosassone *stroke*, tutti traducibili con «colpo» - è definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come la comparsa improvvisa di segni o sintomi riferibili a una disfunzione focale o globale dell'encefalo, di durata superiore alle 24 ore, non attribuibile ad altra causa se non a una disfunzione della circolazione cerebrale. In otto casi su dieci è di natura ischemica, determinato da una riduzione del flusso ematico in una zona del cervello; nei restanti due casi su dieci è emorragico, se-

condario alla rottura di un vaso con stravasamento ematico nel parenchima cerebrale.

Le dimensioni epidemiologiche del problema sono rilevanti: l'ictus rappresenta la prima causa di disabilità nell'adulto, la seconda causa di demenza e la terza causa di morte nei paesi industrializzati, dopo le neoplasie e le cardiopatie. Fino alla fine degli anni Novanta, in assenza di strumenti terapeutici efficaci, la mortalità a dodici mesi oscillava tra l'11% e il 60% in funzione della gravità dell'episodio iniziale, e la dipendenza fisica a un anno colpiva il 30-40% dei sopravvissuti. La trasformazione radicale della prognosi di questa malattia, avvenuta nei decenni successivi grazie all'introduzione di procedure di rivascolarizzazione efficaci, è il punto di partenza per comprendere il valore del percorso organizzativo che l'ULSS 1 Dolomiti ha sviluppato.

IL TEAM MULTIDISCIPLINARE E L'ORGANIZZAZIONE DELLE FORZE

La gestione efficace dell'ictus richiede il coordinamento di un gruppo interforze articolato. I medici di medicina generale svolgono un ruolo nella conoscenza del profilo clinico del paziente e nel riconoscimento precoce dei fattori di rischio. I pronto soccorso provinciali di Belluno,

Feltre, Agordo e Pieve di Cadore costituiscono il primo nodo operativo di ricezione. Le neurologie di Belluno e Feltre, dotate ciascuna di una stroke unit - un settore dedicato al monitoraggio semi-intensivo del paziente con ictus, con personale infermieristico specificamente formato - sono i centri di riferimento per la gestione acuta. Le radiologie dei quattro presidi provinciali sono essenziali nella fase diagnostica. I neuroradiologi interventisti di Belluno e Treviso eseguono le procedure di trombectomia meccanica. Cardiologi - la cui rilevanza è testimoniata dal fatto che oltre il 50% degli ictus ischemici è riconducibile a cardiopatia ritmica, in primo luogo la fibrillazione atriale - e chirurghi vascolari completano il gruppo, con un ruolo determinante nella prevenzione secondaria e nella gestione delle stenosi carotidee.

IL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE

Il PDTA per l'ictus ischemico dell'ULSS 1 Dolomiti, recentemente aggiornato in forma integrata dai professionisti di Belluno, Feltre e Treviso, si articola in tre fasi successive.

La *fase 1* riguarda il primo soccorso. Alla comparsa dei sintomi - paralisi di un emisoma, de-

ficit del visus, disturbo del linguaggio - deve essere attivato immediatamente un percorso di soccorso gestito dal SUEM e dai pronto soccorso provinciali. La raccolta della storia clinica e farmacologica e, soprattutto, la registrazione precisa dell'orario di esordio dei sintomi sono elementi imprescindibili per orientare ogni decisione terapeutica successiva. Una volta riconosciuto l'ictus, viene attivato il codice ictus e il paziente viene centralizzato con la massima tempestività presso Belluno o Feltre.

La *fase 2* riguarda la diagnosi. Il paziente viene sottoposto a TC cerebrale - per distinguere immediatamente tra ictus ischemico ed emorragico - angioTC dei vasi intracranici ed extracranici, per identificare eventuali occlusioni di grossi vasi, e TC perfusionale, per rilevare la presenza di tessuto cerebrale ischemico ancora potenzialmente salvabile. La refertazione delle immagini è supportata da sistemi di intelligenza artificiale integrati nella TC, adottati dall'ULSS 1 Dolomiti tra le prime aziende del Veneto. L'analisi del cosiddetto *mismatch volumetrico* - la differenza tra il core ischemico irreversibile e il tessuto penombra ancora recuperabile - orienta la decisione terapeutica del neurologo.

La *fase 3* riguarda il trattamento. Le terapie di fase acuta nell'ictus ischemico sono fonda-

mentalmente due. La *trombolisi endovenosa sistemica* è indicata quando l'esordio dei sintomi è avvenuto entro quattro ore e mezza dalla valutazione: prevede la somministrazione di un agente fibrinolitico al dosaggio di 0,9 mg/kg di peso corporeo, con il 10% in bolo e il restante in infusione della durata di un'ora. La *trombectomia meccanica* è indicata in caso di occlusione di un grosso vaso intracranico: mediante un catetere introdotto per via arteriosa, il dispositivo raggiunge il trombo e lo rimuove per aspirazione o per inglobamento, ripristinando il flusso ematico a valle dell'ostruzione. La procedura può essere eseguita a Belluno o, in alternativa, presso i colleghi neuroradiologi di Treviso. La durata varia in funzione della complessità anatomica, delle condizioni generali del paziente e dell'esperienza dell'operatore.

RISULTATI E PROSPETTIVE DI SVILUPPO

I dati del 2024 documentano i risultati raggiunti: tra Belluno e Feltre sono stati registrati 154 ricoveri per ictus ischemico, con 71 trombolisi endovenose a Belluno e 37 a Feltre, e 10 trombectomie meccaniche, di cui 6 eseguite a Belluno e 4 a Treviso.

Le aree di miglioramento identificate riguardano tre ambiti. Il primo è la consapevolezza del-

la popolazione: in una provincia con una quota significativa di anziani che vivono soli, il riconoscimento precoce dei sintomi e la chiamata tempestiva al soccorso rimangono elementi critici, e sistemi di telesoccorso potrebbero contribuire a ridurre i ritardi nell'attivazione della catena del soccorso. Il secondo è la fluidità dei trasporti verso i centri dotati di stroke unit. Il terzo è il potenziamento dell'attività di trombectomia meccanica, sia a Belluno sia in raccordo con l'Area Vasta di Treviso, per estendere questa procedura a un numero crescente di pazienti eleggibili.

Un elemento trasversale riguarda la formazione dei neurologi: la gestione dell'ictus ischemico acuto richiede non soltanto competenze teoriche ma padronanza operativa delle procedure, e l'omogeneità di preparazione tra i professionisti è una condizione necessaria per garantire equità di accesso alle terapie indipendentemente dal presidio di primo contatto. Il percorso fin qui costruito è il risultato di un impegno collettivo che ha coinvolto la Regione Veneto, le direzioni aziendali succedutesi nel tempo, il SUEM provinciale, i pronto soccorso, le radiologie, le neurologie e tutte le specialità che ruotano attorno alla gestione di questa malattia. L'obiettivo rimane quello di rendere

disponibili le opportunità terapeutiche oggi esistenti - impensabili fino a pochi decenni fa - al maggior numero possibile di pazienti che ne possano beneficiare.

MONITORAGGIO A DISTANZA A FAVORE DEL NEONATO CRITICO

| Daniele Trevisanuto

Il Servizio di Trasporto di Emergenza Neonatale del Veneto orientale è attivo dal 2 ottobre 1999. Il modello organizzativo nazionale prevede due centri di riferimento per il Veneto: l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Verona per il Veneto occidentale e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Padova per il Veneto orientale, che copre cinque province - Belluno, Treviso, Venezia, Padova e Rovigo - e una rete di venti punti nascita.

Il trasporto ottimale del neonato critico è quello in utero: quando un problema è identificato in epoca prenatale, il trasferimento della gestante verso un centro di terzo livello prima del parto riduce significativamente il rischio per il neonato. Tuttavia, anche in presenza di una buona centralizzazione delle gravidanze a rischio, una quota di neonati necessita di tra-

sferimento dopo la nascita. Le linee guida internazionali indicano un indice di trasferimento dell'1,1%; in Italia, con 51 servizi di trasporto neonatale distribuiti sul territorio, si registra un valore medio dell'1,46%. Nel Veneto orientale, grazie alla efficace centralizzazione operata dai ginecologi della rete, l'indice si attesta allo 0,67%, con valori provinciali significativamente inferiori alla media nazionale.

DATI OPERATIVI E CARATTERISTICHE DEI TRASPORTI

In venticinque anni di attività il servizio ha effettuato circa 6.000 trasporti, con un ritmo attuale di circa 18 al mese. Il servizio opera su attivazione - il medico e l'infermiere sono reperibili a domicilio - con una quota rilevante di interventi nelle ore notturne e nei giorni festivi. La distribuzione temporale delle chiamate mostra che la maggior parte dei neonati si ammala nelle prime ore di vita: un quarto delle chiamate avviene entro la prima ora dalla nascita, con frequente intervento direttamente in sala parto. Dal punto di vista delle patologie, il 60% dei trasporti riguarda problemi respiratori. Una quota crescente, documentata dall'analisi dei dati a partire dal 2000, riguarda i neonati con asfissia perinatale: nel 2024 sono stati trasferiti 32 ne-

onati con questa diagnosi. L'asfissia neonatale ha un'incidenza di 1-3 casi per 1.000 nati - dato stabile a livello internazionale - e un impatto economico e umano di rilievo. La disponibilità tempestiva della terapia ipotermia controllata - raffreddamento del neonato a 33-34°C per 72 ore - consente di limitare il danno cerebrale e di migliorare l'outcome neurocomportamentale a due anni, in modo analogo a quanto la trombolisi e la trombectomia fanno per l'ictus nell'adulto. La rapidità di accesso a questa terapia è pertanto determinante.

TEMPI DI INTERVENTO E SFIDE OPERATIVE

Il sistema è strutturato con tempi di attivazione di 30-45 minuti dalla chiamata. Il tempo totale di missione - dall'attivazione al rientro - supera le tre ore. Il tempo porta a porta tra Padova e i presidi di Belluno e Feltre è inferiore alle due ore, un intervallo che, sebbene conforme agli standard attuali, rappresenta un margine di miglioramento significativo quando si considerano le esigenze della rianimazione neonatale precoce.

La rianimazione del neonato critico nella prima ora di vita richiede l'esecuzione di oltre 130 interventi distinti, di cui circa 40 nei primi tre minuti. Questo impone al team presente in sala

parto un livello di coordinamento e di competenza tecnica molto elevato, da mantenere attivo anche in contesti dove l'evento si verifica con bassa frequenza.

LA TELENEONATOLOGIA: MODELLI INTERNAZIONALI E RAZIONALE

La telemedicina applicata alla neonatologia non è una novità: esperienze di teleconsulto in ambito neonatale sono documentate in letteratura fin dal 1998, inizialmente in contesti a bassa densità demografica come l'Australia, con ospedali distribuiti su territori vastissimi. Esperienze più recenti, come quella della Mayo Clinic in Minnesota, hanno esteso l'applicazione alla telerianimazione in sala parto, dimostrando un miglioramento significativo di tutti gli indicatori di qualità della rianimazione nel gruppo assistito da telemedicina rispetto al gruppo di controllo. Il dato più rilevante riguarda i tempi: l'avvio del consulto specialistico entro 12 minuti dalla nascita, rispetto alle due ore necessarie per il trasporto fisico del team. La letteratura distingue due modelli operativi. Il modello *teleleader* prevede che lo specialista remoto guidi e coordini direttamente il team in sala parto, assumendo la leadership clinica della rianimazione dal proprio terminale. Il model-

lo *teleconsulto* prevede invece un ruolo di supporto e consiglio, senza assumere la direzione del processo. Le evidenze disponibili indicano che il modello teleleader produce risultati migliori sia per il paziente - grazie a una checklist più completa e a un coordinamento più efficace - sia per gli operatori locali, ai quali riduce il carico cognitivo e la frustrazione in situazioni di alta complessità gestite con bassa frequenza. Il modello teleleader pone tuttavia questioni irrisolte sul piano etico e legale: la necessità di abilitazione formale dello specialista remoto a operare in strutture diverse dalla propria, la definizione della responsabilità clinica in caso di esito avverso, i costi di implementazione tecnologica e la conformità al Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati. Sul piano pratico, l'attuale prassi informale di condivisione di immagini ecografiche e documentazione clinica tramite applicazioni di messaggistica istantanea evidenzia l'urgenza di dotarsi di strumenti sicuri e conformi alle normative vigenti.

IL PROGETTO ULSS 1 DOLOMITI: FASI DI IMPLEMENTAZIONE E PRIMI RISULTATI

Il progetto sviluppato in collaborazione con l'ULSS 1 Dolomiti si articola in tre fasi progressive. La fase 1, avviata a gennaio 2025, ha

previsto due corsi di simulazione ad alta fedeltà rivolti a 40 operatori - 20 a Belluno e 20 a Feltre - focalizzati sulle procedure tecniche di rianimazione neonatale e sul coordinamento del team in sala parto. La fase 2, attualmente in corso, ha introdotto il formato online con debriefing a distanza condotto dallo specialista di Padova su scenari gestiti localmente, replicato in tre edizioni con ulteriori sessioni in programma. La fase 3, nella quale la simulazione su manichino ad alta fedeltà sarà progressivamente sostituita dal training su neonato reale in condizioni di teleleadership, è subordinata alla risoluzione delle criticità tecniche, normative e organizzative già identificate.

I dati preliminari raccolti al termine della fase 1 mostrano un miglioramento statisticamente significativo sia della conoscenza delle procedure tecniche di rianimazione sia della *self-efficacy* percepita dagli operatori. Il debriefing strutturato - che integra la valutazione delle componenti tecniche e non tecniche della performance, riconoscendo che il 70% degli errori in sala parto deriva da una cattiva organizzazione del team - si è confermato come elemento centrale dell'efficacia formativa.

Il percorso è ancora in fase di sviluppo e i risultati definitivi saranno disponibili al comple-

tamento della fase 3. Le evidenze preliminari e il riscontro positivo degli operatori coinvolti indicano tuttavia che il modello è promettente e merita di essere portato a completamento, con l'obiettivo di documentarne l'impatto sugli esiti clinici dei neonati critici assistiti nella rete provinciale.

FARMACIA IN EVOLUZIONE A SUPPORTO DEI BISOGNI DELLA COMUNITÀ

| Federica Schievenin

La farmacia dei servizi trova il proprio fondamento normativo nella Legge 69/2009 e nel Decreto Legislativo 153/2009, che per la prima volta hanno riconosciuto alle farmacie di comunità la possibilità di erogare servizi sanitari al di là della mera dispensazione del farmaco. I decreti attuativi successivi hanno disciplinato ambiti specifici: le autoanalisi, la messa a disposizione di infermieri e fisioterapisti e il ritiro dei referti. La sentenza del Consiglio di Stato del 2021 ha quindi sancito il riconoscimento della farmacia di comunità come centro sanitario polifunzionale a supporto della collettività e punto di raccordo tra ospedale e territorio,

configurandola come front office del Servizio Sanitario Nazionale.

Nel 2024 la Regione Veneto ha adottato una serie di atti che hanno significativamente rafforzato questo quadro. La DGR 69 ha introdotto la possibilità di erogare servizi in locali anche esterni alla farmacia, purché ricadenti nell'ambito della relativa pianta organica: una disposizione di particolare rilevanza per il territorio provinciale, dove molte farmacie sono strutture di piccole dimensioni, spesso composte da un unico locale, per le quali la gestione di servizi aggiuntivi era logisticamente impraticabile. La DGR 97 ha definito un documento programmatico complessivo dei servizi erogabili, mentre il Decreto 15 ha approvato un insieme di nuovi servizi finanziati con fondi statali e rimborsati dal Servizio Sanitario Nazionale.

SERVIZI COGNITIVI E DI TELEMEDICINA

I servizi introdotti dal Decreto 15 si articolano in due categorie. I servizi cognitivi comprendono due progetti di screening per ipertensione e ipercolesterolemia non note e due progetti di monitoraggio dell'aderenza terapeutica nella BPCO e nel diabete. I servizi di telemedicina comprendono la televisita e la telecardiologia, quest'ultima erogata per la prima volta con

rimborso a carico del Servizio Sanitario Nazionale anche in sede farmaceutica.

Il tasso di adesione delle farmacie provinciali a questi nuovi servizi è complessivamente positivo, ma con una distribuzione territoriale che evidenzia una carenza nelle zone montane - precisamente quelle dove la disponibilità di servizi di prossimità sarebbe più necessaria. Le cause principali sono la carenza di personale, che affligge anche il settore farmaceutico, e gli investimenti richiesti per l'attivazione di servizi in locali disgiunti. L'analisi dei dati di erogazione nel 2024 mostra una crescita significativa tra il primo periodo (maggio-agosto) e il secondo (settembre-dicembre), con i servizi di screening e la telecardiologia come prestazioni più erogate.

SCREENING DEL COLON-RETTO E VACCINAZIONI

Un servizio consolidato, rinnovato con delibera nell'aprile 2024, riguarda la gestione dello screening per i tumori del colon-retto attraverso la ricerca del sangue occulto nelle feci. L'adesione delle farmacie è elevata: 70 su 76 hanno aderito all'accordo locale biennale e nel 2024 sono stati gestiti oltre 18.000 campioni.

Le vaccinazioni anti-influenzale e anti-COVID

rappresentano un altro ambito in espansione. Rispetto alla campagna 2023-24, quella 2024-25 ha registrato un aumento del numero di farmacie aderenti - da 19 a 23 - e del volume di vaccini somministrati: 2.200 dosi, pari al 6% del totale somministrato nell'ULSS 1 Dolomiti. La capillarità della rete farmaceutica e l'ampiezza degli orari di apertura sono fattori determinanti per l'incremento progressivo di questo servizio.

RECUPERO E RIUTILIZZO DEI FARMACI VALIDI

Avviato a luglio 2024, il progetto di recupero dei farmaci validi non scaduti prevede la possibilità per i cittadini di donare farmaci non più utilizzati - in confezione integra, non refrigerati e con validità residua di almeno otto mesi - presso 20 punti di raccolta distribuiti su tutti i distretti e subdistretti della provincia. In pochi mesi sono state recuperate 4.400 confezioni per un valore complessivo di circa 60.000 euro, quasi interamente riutilizzate dopo validazione da parte di un team di farmacisti con il supporto di volontari. I farmaci recuperati vengono destinati ai centri servizi, ai reparti ospedalieri e agli utenti in assistenza domiciliare integrata e cure palliative, ambito nel quale si integrano

con il progetto di consegna a domicilio descritto di seguito.

CONSEGNA DOMICILIARE DEI FARMACI AGLI UTENTI FRAGILI

Il progetto di consegna domiciliare dei farmaci, avviato contestualmente al recupero dei farmaci validi, trova il proprio fondamento normativo nei Livelli Essenziali di Assistenza e nella DGR 864/2020, che prevedono la consegna diretta da parte delle aziende sanitarie dei farmaci - inclusa la fascia C - agli utenti in assistenza domiciliare integrata e cure palliative. Lo studio di fattibilità condotto sul periodo gennaio-settembre 2023 ha identificato 757 pazienti presi in carico dai servizi di ADI e cure palliative, con una prevalenza del 70% di pazienti in cure palliative. Il progetto prevede la prescrizione della terapia farmacologica per una copertura di due mesi da parte del medico di medicina generale o del palliativista, una valutazione farmaceutica della proprietà prescrittiva e una riconciliazione con il prontuario aziendale, l'allestimento della terapia e la consegna attraverso i servizi infermieristici domiciliari, che monitorano contestualmente l'aderenza terapeutica.

Da luglio 2024 sono stati arruolati progressivamente 262 utenti, con una prevalenza di pazienti in cure palliative. La spesa sostenuta per l'acquisto dei farmaci è stata di 24.000 euro: un dato significativo se si considera che l'erogazione attraverso le farmacie di comunità avrebbe comportato una spesa almeno tripla. Il riutilizzo di farmaci provenienti dal progetto di recupero ha inoltre generato un risparmio aggiuntivo di circa 10.000 euro.

REVISIONE DELLA TERAPIA NEI CENTRI SERVIZI

In collaborazione con l'Istituto Oncologico Veneto - nell'ambito di un progetto inserito nel Piano Oncologico Nazionale e in fase di valutazione etica - è stato avviato un progetto pilota di revisione della terapia farmacologica nei pazienti ospiti dei centri servizi, con avvio presso la RSA di Cortina.

La metodologia adottata prevede la valutazione sistematica della terapia secondo i seguenti criteri: appropriatezza per indicazione, posologia e durata; interazioni farmaco-farmaco e farmaco-patologia; duplicazioni terapeutiche; cascata prescrittiva; criteri di Beers START and STOP per i pazienti fragili; carico anticolinergico

mediante ABC score. I primi nove pazienti valutati su sessanta ospiti totali hanno mostrato un numero elevato di inapproprietezze in tutti gli ambiti analizzati; in quattro casi su nove è stato rilevato un ABC score superiore a 5, indicativo di un rischio significativo di deterioramento delle performance cognitive. Il confronto con il medico di struttura e lo specialista geriatra è avvenuto in modalità di teleconsulto, con l'obiettivo di definire una revisione condivisa della terapia e avviarne il monitoraggio nel tempo.

CONSEGNA DOMICILIARE DEI DISPOSITIVI PER STOMIA

Nel 2024 è stata attivata la consegna domiciliare degli ausili per stomia per tutti i pazienti dell'azienda: 122 prese in carico per il distretto di Feltre e 184 per quello di Belluno. Precedentemente questi dispositivi venivano ritirati dai pazienti presso i distretti o i punti di distribuzione diretta; la consegna domiciliare riduce gli spostamenti di una popolazione che per definizione è fragile, migliorandone la qualità di vita e la continuità assistenziale.

LA FARMACIA CLINICA COME INVESTIMENTO STRATEGICO

Il complesso di progetti descritti evidenzia come la farmacia dei servizi rappresenti un'opportunità strategica tanto per le farmacie di comunità - che accedono a pieno titolo al sistema sanitario territoriale - quanto per i cittadini, che beneficiano di servizi di prossimità sempre più articolati. La revisione della terapia farmacologica, applicabile non soltanto al paziente anziano in struttura residenziale, ma anche in medicina generale, in fase di ricovero e alla dimissione, costituisce un ambito di intervento ad alto impatto sulla sicurezza del paziente e sulla sostenibilità del sistema. In questa prospettiva, investire nella figura del farmacista clinico dedicato a queste attività rappresenta una scelta che può produrre benefici misurabili sia sulla salute degli assistiti sia sull'efficienza complessiva del Servizio Sanitario.

L'INFERMIERE TERRITORIALE: UNA FIGURA IN MOVIMENTO

| Katia Pagotto

La figura dell'infermiere territoriale si colloca oggi all'interno di un sistema sanitario profon-

damente in evoluzione. Tre dimensioni ne definiscono il movimento contemporaneo: i nuovi modelli di presa in carico, le competenze specialistiche emergenti e l'adozione di tecnologie innovative. Comprendere come queste dimensioni si intersechino è condizione necessaria per interpretare correttamente il ruolo dell'infermiere nel contesto delle cure primarie.

UNA NUOVA VISIONE DELLA PRESA IN CARICO

Il cambiamento più rilevante riguarda il paradigma assistenziale di riferimento. La visione tradizionale, centrata sulla malattia e sull'ambito ospedaliero-specialistico, ha ceduto il passo a un approccio centrato sulla persona, sulla famiglia e sulla comunità, in cui le cure primarie assumono un ruolo strutturale. Il focus si sposta dalla sintomatologia individuale al bisogno globale della persona nel suo contesto di vita; dalla terapia alla prevenzione e alla proattività; dall'intervento episodico all'assistenza pianificata e a lungo termine.

In questo schema, l'individuo è il protagonista della presa in carico; la comunità è chiamata a parteciparvi attivamente; la famiglia è orientata allo sviluppo di autonomia, autocura ed em-

powerment. Il Decreto Ministeriale 77 formalizza questo impianto articolando la presa in carico su livelli di complessità crescente - dalla complessità semplice a quella avanzata - affidati a team multiprofessionali che operano in sinergia, ciascuno nel rispetto dei propri ruoli e responsabilità.

COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE E SPECIFICITÀ DEL TERRITORIO

La complessità assistenziale è determinata da tre fattori principali: la gravità clinica del paziente e la criticità del processo di cura; le competenze del professionista; le caratteristiche strutturali del contesto in cui si opera. Il territorio presenta in questo senso una specificità irriducibile rispetto all'ospedale. Non si tratta di uno spazio fisico delimitato, ma di un ambiente vasto, articolato e variabile, che impone all'infermiere di confrontarsi quotidianamente con variabili che non hanno equivalenti nel setting ospedaliero.

I fattori che definiscono la complessità territoriale sono molteplici: la clinica e l'assistenza da erogare; la relazione di cura con il nucleo persona-famiglia; le relazioni tra i servizi sanitari e sociali; le caratteristiche dell'ambiente domici-

liare; il tempo dedicato alla cura e le sue implicazioni organizzative. A queste si aggiungono variabili logistiche che nel contesto montano dell'ULSS Dolomiti assumono un peso specifico non trascurabile: le distanze geografiche, le condizioni meteorologiche, la disponibilità di mezzi di trasporto. Il concetto di integrazione - tra setting assistenziali, tra servizi professionali, tra équipe sanitarie e volontariato, tra ambito sanitario e sociale - diventa pertanto non un'opzione organizzativa, ma una condizione strutturale di efficacia.

FORMAZIONE E COMPETENZE SPECIALISTICHE

La complessità del contesto territoriale richiede una formazione adeguata e competenze sempre più avanzate. Sul versante dell'infermieristica di famiglia e comunità, il DM 77 e il Piano Sociosanitario Regionale prevedono percorsi formativi accademici post-base specificamente orientati alla gestione dei bisogni di salute a bassa complessità clinica ma ad alto contenuto preventivo e proattivo. L'infermiere di famiglia e comunità opera alla base della piramide assistenziale, garantendo continuità, presa in carico precoce e affiancamento al me-

dico di medicina generale, con una funzione di presidio fondamentale per le persone a basso rischio ma potenzialmente vulnerabili nel tempo. Sul versante delle cure palliative, la Legge 38 del 2010 ha già previsto percorsi di master per lo sviluppo di alte competenze cliniche e relazionali nella presa in carico della fase terminale di malattia. Esistono oggi due documenti di riferimento - il core curriculum per l'infermieristica di famiglia e il core curriculum per le cure palliative - che orientano la definizione dei profili di competenza. È essenziale che tali livelli siano coerenti con i bisogni reali della persona assistita e non si riducano a titoli formali. Il DM 77 individua sia l'infermieristica di famiglia e comunità sia le cure palliative come linee di sviluppo prioritarie, con il domicilio riconosciuto esplicitamente come primo luogo di cura.

L'ORGANIZZAZIONE DELL'ULSS DOLOMITI

Presso l'Azienda ULSS 1 Dolomiti, il sistema di assistenza territoriale si articola su due Unità Complesse di Cure Primarie con tredici sedi di assistenza domiciliare, e su una Rete Locale di Cure Palliative composta da due équipe dedicate: l'Unità Operativa Complessa di Belluno e l'Unità Operativa Semplice di Feltre. La valutazione del bisogno clinico, funzionale e

sociale avviene attraverso la valutazione multidimensionale distrettuale, condotta da un'équipe multiprofessionale. L'assistenza domiciliare integra interventi medici, infermieristici, riabilitativi e sociali; la sua organizzazione è coordinata da una Centrale Operativa dedicata. Le cure palliative garantiscono un'assistenza globale alla persona attraverso due livelli - base e specialistico - modulati in base alla complessità del caso.

Uno degli obiettivi prioritari del DM 77 è proprio lo sviluppo dell'integrazione funzionale tra cure palliative, assistenza domiciliare e infermieristica di famiglia e comunità.

STRUMENTI E PRATICHE INNOVATIVE: L'ESPERIENZA DEL DISTRETTO 2 DI FELTRE

Sul piano operativo, l'ULSS Dolomiti ha avviato un percorso strutturato di implementazione del modello dell'infermieristica di famiglia, attivo nel Distretto 2 di Feltre dall'ottobre 2022 come progetto sperimentale. Nel 2024 il servizio ha preso in carico 1.028 utenti, con 6.671 accessi e visite effettuate, prevalentemente orientati al colloquio clinico e all'educazione terapeutica rivolta al paziente e ai familiari. L'implementazione è stata preceduta da un'analisi organizzativa del distretto, che ha rilevato

le competenze professionali presenti e definito un progetto condiviso con i medici di medicina generale. In questo contesto sono stati introdotti strumenti di proattività basati su scale di valutazione della fragilità, che hanno consentito di identificare utenti con due, tre o quattro indicatori di rischio, orientando interventi preventivi mirati.

Tra le principali innovazioni adottate si segnalano: la telemedicina domiciliare, con kit di telemonitoraggio condivisi con i medici di medicina generale che gestiscono il follow-up clinico direttamente dal proprio studio; la consegna a domicilio dei farmaci, realizzata in collaborazione con l'Unità Operativa Complessa di Farmacia Territoriale; il monitoraggio della coagulazione mediante coagulometro portatile, con 630 rilevazioni effettuate nel 2024, in alternativa al prelievo venoso tradizionale; l'istituzione di ambulatori infermieristici presso le sedi distrettuali e di punti prelievo collocati sul territorio, distinti dai centri prelievi ospedalieri; infine, l'istituzione della figura del case manager delle cure primarie, inserita nel percorso di dimissione protetta in stretta collaborazione con la Centrale Operativa Territoriale, a garanzia della continuità assistenziale tra ospedale e territorio.

RISULTATI E INDICATORI DI ATTIVITÀ

I dati di attività restituiscono un quadro di impegno assistenziale significativo. Sul versante dell'assistenza domiciliare, il tasso di pazienti presi in carico con indice di complessità assistenziale 1 è pari a 5,59 per Belluno e 7,36 per Feltre, a fronte di un tasso regionale di riferimento pari a 4. La percentuale di persone con 65 anni o più trattate in ADI è del 12,40%, superiore alla soglia regionale. Il 60% dei deceduti per tumore è assistito nell'ambito della rete di cure palliative. A Feltre nel 2024 si sono registrati 22.298 accessi domiciliari; a Belluno, le cure palliative hanno seguito 417 persone, di cui 185 decedute al domicilio.

Questi numeri testimoniano non soltanto la quantità delle prestazioni erogate, ma anche l'intensità relazionale e comunicativa del lavoro infermieristico territoriale, e il motivo per cui le competenze coinvolte devono essere adeguatamente riconosciute.

VERSO UN NUOVO PARADIGMA DI VALUTAZIONE

La sfida aperta per il futuro non riguarda l'incremento dei volumi di attività, ma il cambiamento del paradigma con cui l'assistenza territoriale viene valutata. Il passaggio dal conteggio

degli accessi e delle prestazioni alla misurazione degli esiti di salute - sul modello di quanto avviene nei setting ospedalieri - rappresenta la frontiera su cui è necessario lavorare. Indicatori di outcome, di qualità percepita e di impatto sulla salute della popolazione devono integrare e progressivamente sostituire i tradizionali indicatori di processo.

L'équipe territoriale dell'ULSS Dolomiti si muove in questa direzione: portando il sistema sanitario - e con esso un sistema di accoglienza - fin dentro le case delle persone, lungo le strade di un territorio vasto e complesso, nella consapevolezza che la prossimità non è soltanto una modalità organizzativa, ma una scelta di civiltà.



TAVOLA ROTONDA

SQUADRA CHE VINCE: ISTITUZIONI E VOLONTARIATO IN DIALOGO

| *Moderatore: **Pietro Paolo Faronato***

| *Moderatore*

La mattinata congressuale ha offerto una serie di stimoli che confermano come il territorio in cui operiamo sia animato da una comunità attiva e propositiva. Il punto di partenza è una riflessione emersa nell'incontro di Agordo: la salute come qualcosa che non si eroga, ma si costruisce insieme, all'interno di una comunità.

UNA VISIONE MULTIDIMENSIONALE DELLA SALUTE

Assumere questa prospettiva significa aprire una dimensione inevitabilmente multidimensionale. La salute dipende da fattori eterogenei - sanitari, , ma anche economici, culturali e sociali - e ridurla esclusivamente all'insieme dei servizi sanitari erogati sarebbe un errore concettuale prima ancora che operativo. La salute è anche benessere della comunità, percezione di sicurezza, qualità delle relazioni. Un approc-

cio autenticamente efficace non può che essere integrato.

In questo quadro si inserisce il concetto di One Health - un'unica salute che comprende la dimensione umana, animale e ambientale in modo inscindibile. L'esperienza della pandemia da Covid-19 ha dimostrato con drammatica chiarezza quanto queste sfere siano interconnesse e quanto possa essere costoso ignorarlo.

L'AMBIENTE COME DETERMINANTE SOCIALE: SPOPOLAMENTO, ISOLAMENTO, NATALITÀ

Quando si parla di salute ambientale, il pensiero non può limitarsi alla qualità dell'aria o alla purezza dell'acqua - dimensioni fondamentali ma non esaustive. In molti territori, e in particolare in quello montano in cui operiamo, parlare di ambiente significa parlare di natalità, di spopolamento, di isolamento, di solitudine. Sono tutti fattori che incidono concretamente

sulla salute delle persone, spesso in modo silenzioso ma profondo. Ignorarli significa lavorare su una parte del problema lasciando intatta la radice.

EMPOWERMENT COMUNITARIO E ATTIVAZIONE DELLE RETI

All'interno di questa visione allargata di salute, la comunità non è soltanto il contesto in cui si opera, ma un fattore determinante di salute in sé. Il concetto di empowerment comunitario - la capacità di una comunità di identificare i propri problemi di salute prevalenti e di attivarsi per affrontarli - è centrale. Le strategie innovative e l'innovazione tecnologica rappresentano strumenti preziosi in questo processo, come emerso chiaramente nel corso della mattinata; ma da soli non bastano.

L'altro elemento imprescindibile è la rete: con le istituzioni, con i cittadini, con il volontariato. Fare rete non è un'opzione accessoria, ma una condizione strutturale per costruire salute in contesti complessi come quello montano. È con questa convinzione che la tavola rotonda è stata aperta ai rappresentanti delle principali espressioni istituzionali e civili della comunità locale: la Fondazione Cucchini, la Conferenza dei Sindaci, il Coordinamento Agordino Zolda-

no del volontariato delle ambulanze, l'associazione Famiglia Feltrina, e il sistema dei poliambulatori privati presenti sul territorio.

DALLA SALUTE COME DIRITTO ALLA SALUTE COME DOVERE: UNA DOMANDA APERTA

La mattinata ha richiamato più volte l'articolo 32 della Costituzione italiana, che riconosce la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività. È un fondamento irrinunciabile. Eppure vale la pena rovesciare la prospettiva e chiedersi se, accanto al diritto alla salute, la Costituzione non ponga anche dei doveri - in capo ai cittadini e alle comunità - nei confronti della salute stessa. È questa la domanda che apre la riflessione, nella convinzione che una comunità davvero matura non sia soltanto quella che rivendica i propri diritti, ma anche quella che si assume le proprie responsabilità.

| **Enrico Gaz**

SALUTE, CITTADINANZA E DOVERI DI SOLIDARIETÀ: UNA LETTURA COSTITUZIONALE

Desidero anzitutto esprimere un sincero ringraziamento per questo incontro e per tutte le occasioni analoghe a cui siamo stati invitati nel

corso dell'ultimo anno. In qualità di rappresentanti di quel sentire civico di cui ci proponiamo di portare la voce, ritengo che momenti come questo abbiano un valore straordinario per il territorio: aprono prospettive nuove, soprattutto sul piano culturale.

I temi affrontati questa mattina – la montagna, la sua complessità, l'innovazione – hanno aperto prospettive fondamentali per evitare il rischio di restare confinati in una visione esclusivamente difensiva e conservativa del territorio montano. Un approccio di tutela è senz'altro necessario, ma deve essere integrato con uno sguardo più ampio e lungimirante, capace di coniugare protezione e apertura.

IL VALORE DELLA VOCE CIVICA

Apprezzo in modo particolare che in questo pomeriggio sia stata data parola a semplici cittadini, privi di competenze tecniche specifiche ma portatori del sentire dell'opinione pubblica. È un elemento di grande valore, perché la costruzione della salute non è affare esclusivo dei professionisti sanitari: riguarda l'intera comunità e richiede che la comunità partecipi.

LA SALUTE COME DIRITTO DELLA PERSONA

La nostra Costituzione è inequivocabile nell'af-

fermare che la tutela della salute è un diritto fondamentale dell'individuo. Si tratta di un diritto che prescinde persino dal legame di cittadinanza - diversamente, ad esempio, dal diritto di voto - e appartiene alla persona in quanto tale. Chiunque si trovi sul suolo italiano ha diritto ad essere curato, per il solo fatto della propria dignità umana. È un principio che non ammette deroghe.

L'INTERESSE COLLETTIVO E LA QUESTIONE DEL DOVERE

Accanto al diritto individuale, l'articolo 32 introduce tuttavia il riferimento all'interesse della collettività, un concetto che ha animato un ampio dibattito sin dai lavori dell'Assemblea Costituente. La domanda che ne discende - se accanto al diritto alla salute esista anche un dovere - è delicata e non ammette risposte semplici. Lo dimostrano le questioni che nel tempo si sono addensate intorno a questo nodo: i vaccini, i trattamenti sanitari obbligatori, il diritto al rifiuto delle cure, il dibattito sul suicidio assistito. Sono temi che toccano le fondamenta del rapporto tra il cittadino, lo Stato e l'ordinamento giuridico.

In linea generale, si tende a escludere che esista un dovere in senso giuridico strettamente

coercibile, se non nei casi in cui sia direttamente in gioco l'interesse della collettività. Eppure il richiamo a quell'interesse collettivo è tutt'altro che marginale: è il pilastro su cui poggia l'intero sistema sanitario nazionale. È in nome di esso che la fiscalità pubblica si fa carico della sanità, rifiutando la logica meramente privatistica. Il principio sottostante è di una semplicità disarmante: se io sto bene, contribuisco al benessere dell'intera comunità. Ed è questa la giustificazione profonda dell'accesso alle risorse pubbliche per la salute.

IL PATTO DI CITTADINANZA E I DOVERI INDEROGABILI DI SOLIDARIETÀ

Non è raro che nella conversazione pubblica emerga una domanda dal sapore provocatorio: perché finanziare collettivamente cure per chi adotta stili di vita deliberatamente dannosi? È un interrogativo che circola spesso sottotraccia e che si fatica ad affrontare apertamente, proprio perché implica un confronto con la sostanza stessa del patto di cittadinanza che ci lega. La nostra legislazione sanitaria offre però una risposta già a partire dalla cosiddetta legge Anselmi, che ha chiarito come l'articolo 32 della Costituzione debba essere letto in connessione con l'articolo 2, il quale sancisce i doveri indero-

gabili di solidarietà economica, politica e sociale. Il termine «inderogabili» non lascia spazio ad eccezioni: sono doveri che appartengono a ciascuno di noi, non soltanto a chi sceglie il volontariato come forma di impegno.

UNA CITTADINANZA PIENA, NON EROICA

Proprio a proposito di volontariato, ritengo utile ridimensionare quella lettura a tratti eroica con cui talvolta lo si rappresenta. Il volontario, nel senso più autentico dell'articolo 2 della Costituzione, non è colui che compie qualcosa di straordinario, ma è semplicemente colui che interpreta pienamente la propria cittadinanza. Interessarsi alla salute, all'ambiente, agli stili di vita, farsi carico della cura in senso lato: non sono optional per pochi idealisti, ma la sostanza stessa dell'essere cittadini. Solo adempiendo a questi doveri si può dire di esercitare una cittadinanza piena.

Per questo, occasioni come quella odierna svolgono una funzione preziosa: una sorta di igiene mentale, per riprendere un'espressione felice emersa nel corso della mattinata. Ci aiutano a liberarci dall'idea che la sanità sia un servizio funzionale tra i tanti, e a ricordarci che è, prima di tutto, un modo di essere e di vivere la comunità. Un impegno che ri-

guarda in primo luogo chi gode di buona salute - sostenere il sistema sanitario significa prendersi cura anche di chi sta bene - e che si esprime anche nei gesti più semplici: come incoraggiare un operatore sanitario incontrato in un corridoio. Anche quello è un atto di comunità.

| Moderatore

La riflessione appena condivisa, che attribuisce a ciascun cittadino un impegno personale nei confronti della salute collettiva, merita di essere sviluppata sul piano operativo. Se essere cittadini significa anche farsi carico di queste tematiche, è altrettanto evidente che il volontariato organizzato svolge un ruolo centrale nel tradurre questo principio in partecipazione civica concreta.

Emerge allora una domanda cruciale: come costruire sinergie strutturate ed efficaci tra il volontariato e il sistema sanitario pubblico? La questione non è banale, soprattutto in contesti complessi come quello montano, dove il rischio di sovrapposizione di competenze - o peggio, di conflitto tra soggetti che operano sugli stessi ambiti - è reale e va affrontato con strumenti adeguati.

| Felice Gaiardo

La sinergia tra l'ente pubblico - e in particolare l'Azienda Sanitaria - e il mondo del volontariato rappresenta, a mio avviso, una priorità assoluta nel contesto della provincia di Belluno. Mi riferisco in modo specifico all'ambito in cui ho maturato la maggiore esperienza: il volontariato operante nel soccorso e nel servizio sanitario di emergenza.

UN'ESPERIENZA CONCRETA DI COLLABORAZIONE

Posso riferire che una sperimentazione in questa direzione è già stata avviata nell'anno precedente e prosegue nel corso di quello attuale, nell'ambito della collaborazione con l'Azienda ULSS per l'organizzazione del servizio di soccorso nell'area dell'Alto Agordino. In concreto, è stato predisposto un mezzo di pronto soccorso collocato presso la sede della Croce Verde di Alleghe - scelta per la sua posizione baricentrica rispetto al territorio - operante in stretta sinergia tra il personale sanitario dell'ULSS e i volontari del coordinamento. Il modello prevede la presenza a bordo di un operatore volontario che affianca la squadra sanitaria durante gli interventi.

L'esperienza si è rivelata positiva su più piani. Il livello qualitativo del servizio erogato è rimasto costantemente elevato. Sul versante formativo, lavorare fianco a fianco con il personale del pronto soccorso di Agordo ha consentito ai volontari di acquisire competenze operative più avanzate, traducendo la formazione teorica in apprendimento situato e contestualizzato. Sul piano relazionale, la collaborazione ha consolidato rapporti di fiducia reciproca tra volontari e operatori sanitari, con ricadute positive sull'efficacia complessiva degli interventi.

LE RAGIONI STRUTTURALI DI UNA COLLABORAZIONE INDISPENSABILE

In territori periferici e decentrati come le vallate dell'Alto Agordino, sinergie di questo tipo non sono semplicemente utili: sono necessarie, e lo sono in misura ancora maggiore rispetto ai centri urbani di Belluno e Feltre, dove la densità di risorse e di personale garantisce margini di risposta più ampi.

A rendere questa collaborazione strutturalmente imprescindibile concorre un dato di realtà che non può essere ignorato: il numero di volontari attivi è in progressiva diminuzione. Questa tendenza rende indispensabile un rafforzamento organico della collaborazione con

l'Azienda Sanitaria e con l'ente pubblico più in generale, come condizione per garantire la continuità e l'efficacia dei servizi di soccorso nel lungo periodo. Non si tratta di supplenza, ma di integrazione consapevole tra due soggetti che, ciascuno con il proprio ruolo, concorrono a costruire la risposta sanitaria del territorio.

| Moderatore

Il tema della collaborazione strutturata tra istituzioni e volontariato era già emerso con chiarezza nel convegno svoltosi a Pieve di Cadore, e questa mattina è stato nuovamente sottolineato, con particolare riferimento alla formazione condivisa e alla costruzione di percorsi comuni di intervento.

Su questo sfondo si inserisce una contraddizione che merita di essere affrontata apertamente. Da un lato, chiediamo al volontariato di collaborare con il sistema sanitario e di farsi carico di funzioni sempre più rilevanti; dall'altro, il volontariato è esso stesso attore e vittima del fenomeno dello spopolamento delle aree montane: laddove mancano i giovani e la popolazione invecchia, anche il volontariato entra inevitabilmente in crisi. La domanda che si pone al Professor Coleselli è quindi concreta:

quali strumenti possiamo mettere in campo per garantire la sostenibilità e la continuità del volontariato in territori così fragili?

| Paolo Colleselli

Desidero portare alcune riflessioni personali che ritengo possano rappresentare anche il sentire delle molte associazioni impegnate nel sostegno sociosanitario nella nostra provincia. La presenza di queste realtà associative a fianco delle strutture sanitarie è il risultato di un tessuto sociale profondamente radicato, che affonda le proprie radici nella storia e nella sensibilità di questo territorio. Numerose associazioni - molte delle quali nate recentemente in risposta a nuove esigenze di salute e solidarietà - costituiscono un patrimonio prezioso, che riflette anche la memoria di un tempo non lontano in cui le risorse erano scarse e la comunità era chiamata a provvedere autonomamente ai propri bisogni.

UN QUADRO QUANTITATIVO E LE SUE CONTRADDIZIONI

Nella provincia di Belluno si contano attualmente 143 associazioni con finalità di sostegno sociosanitario, per un totale di circa 5.500 vo-

lontari attivi. La realtà è tuttavia molto eterogenea: poche associazioni superano i 100 volontari, mentre la maggior parte ne conta un numero sensibilmente inferiore, talvolta al di sotto di dieci. La media si attesta sui 30 volontari per associazione.

Questo patrimonio deve oggi confrontarsi con dinamiche demografiche che ne minacciano l'efficacia operativa. La rarefazione della popolazione e il progressivo invecchiamento incidono simultaneamente su due variabili critiche: la disponibilità di volontari e la domanda di assistenza, entrambe in movimento in direzioni difficilmente sostenibili nel lungo periodo.

A queste pressioni demografiche si aggiunge l'impatto della riforma del Terzo Settore del 2017 che, pur introducendo principi condivisibili di trasparenza e correttezza gestionale, impone adempimenti burocratici spesso insostenibili per le associazioni di piccole dimensioni, prive di strutture amministrative adeguate. Persistono inoltre fenomeni di frammentazione e sovrapposizione tra associazioni, sia nel reclutamento dei volontari sia nella raccolta fondi: criticità che rendono indispensabile sviluppare forme di collaborazione più strette, sia tra le associazioni stesse sia nei confronti delle istituzioni - in primo luogo l'ULSS e i Comuni.

UN BISOGNO EMERGENTE: IL CARICO ASSISTENZIALE DELLE FAMIGLIE

Occorre riconoscere una necessità sociale in rapida crescita, documentata da recenti indagini. Secondo i dati della CGIA di Mestre, il 50% dei nuclei familiari di pensionati si fa carico dell'assistenza a persone non autosufficienti, malate o disabili; un lavoratore attivo su tre assiste un familiare; uno su dieci ne assiste addirittura due. Questo carico è destinato ad aumentare, complice l'invecchiamento della popolazione, la rarefazione abitativa e il progressivo esaurirsi delle risorse pubbliche. Le associazioni di volontariato, nate spesso per rispondere a bisogni specifici e circoscritti, sono oggi chiamate a interrogarsi su come unire le forze per affrontare un'emergenza di portata molto più ampia.

Un esempio concreto viene dall'esperienza della Fondazione Cucchini: sono stati organizzati due corsi di formazione per la gestione dei malati gravi a domicilio, inizialmente concepiti per le badanti. Il 90% delle richieste è pervenuto invece dai familiari, in cerca di informazioni di base su alimentazione, igiene e cura - informazioni difficilmente reperibili altrove. In due edizioni sono state formate 70 persone: un segnale inequivocabile di un bisogno reale e dif-

fuso, a cui risposte semplici possono offrire un contributo significativo.

PROPOSTE PER LA SOSTENIBILITÀ DEL VOLONTARIATO

Le proposte che intendiamo avanzare si articolano su più livelli. Sul piano normativo, è necessario il riconoscimento legislativo del caregiver familiare, valorizzando il ruolo di sussidiarietà che il volontariato può svolgere in una rete solidale di assistenza domiciliare - non sanitaria, ma sociale. Sul piano dei servizi, occorre potenziare il trasporto dedicato, che in un territorio geograficamente disperso come il nostro rappresenta un elemento essenziale di accessibilità. Sul piano culturale e generazionale, è indispensabile attivare iniziative mirate di sensibilizzazione e formazione per le nuove generazioni, attraverso i canali comunicativi più efficaci per raggiungerle.

Ritengo infine prioritaria l'istituzione di un coordinamento stabile tra le associazioni di volontariato e le istituzioni - ULSS, Comuni, associazioni di categoria - che dia vita a un tavolo di confronto permanente. Non un organismo consultivo occasionale, ma uno strumento di pianificazione condivisa, capace di elaborare risposte strutturate alle sfide che l'evoluzione

demografica e sociale ci presenterà nei prossimi anni.

| Gianluigi Scannapieco

Ringrazio per l'invito a questa tavola rotonda, che ho accolto con piacere anche per l'opportunità di ritrovare colleghi e amici con cui ho condiviso quarant'anni di attività nella sanità pubblica, prima di approdare al settore privato. Questo percorso mi ha consentito di acquisire una visione ampia delle dinamiche tra i due sistemi, dinamiche che oggi si trovano al centro del dibattito sulla sostenibilità della sanità territoriale.

IL PRIVATO ACCREDITATO: CHIARIRE UN EQUITIVO

Gli interventi che mi hanno preceduto hanno richiamato con forza la necessità di costruire reti, sviluppare sinergie e ottimizzare le risorse disponibili. È il nodo cruciale, e su questo non possiamo farci illusioni. Prima di affrontarlo, tuttavia, ritengo utile chiarire un aspetto spesso frainteso: il cosiddetto privato accreditato non è un soggetto esterno o alternativo al sistema pubblico, ma un erogatore di servizi per conto del pubblico, sottoposto alle medesime regole

e agli stessi standard qualitativi. Il confine tra pubblico e privato è già oggi più permeabile di quanto si immagini: in contesti come Padova, una quota rilevante delle prestazioni accreditate è erogata da strutture private; al tempo stesso, all'interno del pubblico esistono attività a carattere privato. Questa distinzione, che in un territorio come Belluno tende talvolta a sfumare, è in realtà già operativa su larga scala.

IL RISCHIO DELLA DISPERSIONE: FRAMMENTAZIONE E RIDONDANZA

Il vero pericolo non è la coesistenza di pubblico e privato, ma la dispersione delle risorse che deriva dalla mancanza di coordinamento tra i due sistemi. La frammentazione dei percorsi, la ridondanza delle prestazioni, la duplicazione degli interventi rappresentano inefficienze che il sistema non può permettersi. Si pensi agli screening oncologici o ai programmi di educazione alla salute: in assenza di una reale integrazione, si rischia di replicare interventi già erogati altrove, sottraendo risorse a bisogni reali.

A complicare il quadro concorre una pressione culturale e informativa crescente da parte dei cittadini, che sempre più frequentemente si presentano dal medico con una diagnosi già elaborata in autonomia. Questo fenome-

no alimenta una domanda di prestazioni che non sempre corrisponde a una necessità clinica effettiva, rendendo ancora più urgente la necessità di orientare e governare i percorsi di accesso alle cure.

IL WELFARE AZIENDALE: OPPORTUNITÀ E RISCHI

Un tema di particolare attualità è quello del welfare aziendale. Molte imprese riconoscono ai propri dipendenti parte della retribuzione sotto forma di servizi sanitari, beneficiando di agevolazioni fiscali. Si tratta di un'opportunità concreta, sia per i lavoratori sia per le aziende. Il rischio, tuttavia, è che queste risorse vengano indirizzate verso pacchetti di prestazioni non sempre necessarie o già previste dal servizio pubblico, generando duplicazioni e dispersione. Nel settore privato stiamo lavorando per costruire percorsi in cui le prestazioni offerte rispondano a bisogni reali, abbiano un effettivo valore aggiunto per il cittadino e contribuiscano a sgravare il sistema pubblico, piuttosto che a sovrapporsi ad esso.

LE LISTE D'ATTESA E LA SCELTA DEL PRIVATO

Le liste d'attesa - ambulatoriali e ospedaliere - rappresentano oggi uno degli elementi di

maggior criticità e iniquità del sistema sanitario. Occorre però riconoscere che la scelta del privato da parte dei cittadini non si riduce alla sola volontà di aggirare i tempi di attesa: spesso è una scelta di fiducia nei confronti di un determinato professionista, una dimensione relazionale che il sistema pubblico non sempre riesce a garantire nella stessa misura.

PER UN'ALLEANZA STRATEGICA TRA PUBBLICO E PRIVATO

Non è sufficiente parlare di integrazione, che sul piano formale è già in essere. Ciò di cui abbiamo bisogno è una vera alleanza strategica tra pubblico e privato, che vada ben oltre la semplice autorizzazione e l'accreditamento. È necessario progettare congiuntamente percorsi di salute in cui i fondi - pubblici, aziendali e individuali - vengano messi a sistema per rispondere ai bisogni reali, eliminando sprechi e duplicazioni. Solo attraverso questa convergenza sarà possibile affrontare con efficacia la sfida della sostenibilità del sistema sanitario e garantire ai cittadini un reale ritorno in termini di salute.

| Moderatore

Il sindaco è, a pieno titolo, tutore della salute

dei propri cittadini. Ma quali strumenti hanno concretamente i sindaci per coinvolgere la comunità nella prevenzione e nella costruzione della salute come bene comune? Quali strumenti sono disponibili oggi e quali sarebbero necessari? La domanda al Presidente De Pellegrin è diretta: come si costruisce comunità?

| Oscar De Pellegrin

Desidero anzitutto ringraziare per aver promosso questi quattro momenti di confronto che, a mio avviso, stanno già producendo risultati concreti. Stiamo crescendo in consapevolezza collettiva, e questo processo si riflette nelle azioni che i sindaci sviluppano nei propri territori.

RETE E SQUADRA: DA SLOGAN A METODO

In quanto Presidente della Conferenza dei Sindaci, porto con me la voce di tutti i colleghi. Ma dobbiamo essere onesti: se la Conferenza dei Sindaci lavorasse per conto proprio, se l'Azienda Sanitaria operasse in solitudine, così come la Provincia e la Regione, sarebbe estremamente difficile trovare risposte efficaci alle sfide che ci attendono.

Le parole chiave ribadite nel corso della matti-

nata - rete e squadra - non devono restare slogan. Devono diventare metodo di lavoro quotidiano. Stiamo attraversando un momento di trasformazione profonda del sistema sociale, che investe necessariamente anche la sanità e il welfare. È comprensibile che il cambiamento generi resistenza: modificare ciò che ha funzionato per anni non è semplice. Ma lavorando in rete è possibile costruire un nuovo modello che non si limiti a rispondere alle difficoltà del presente, ma che possa rivelarsi migliore di quello che lasciamo alle spalle. Le difficoltà di oggi devono diventare le opportunità di domani.

DUE SOGGETTI COMPLEMENTARI: AZIENDA SANITARIA E CONFERENZA DEI SINDACI

La collaborazione tra la Conferenza dei Sindaci e l'Azienda Sanitaria non è un'opzione percorribile tra le altre: è la strada obbligata. I ruoli sono distinti e complementari. L'Azienda Sanitaria deve garantire il diritto alla salute su tutto il territorio, assicurando le stesse opportunità a ogni cittadino, dalla città ai comuni più periferici. Questo è tanto più rilevante in un contesto segnato dalla carenza di personale sanitario, che oggi riguarda i medici e domani investirà altre figure professionali. I sindaci, dal canto

loro, sono in contatto diretto con la popolazione: raccolgono i bisogni, intercettano le criticità, rappresentano le antenne del territorio. È una funzione insostituibile, che nessun altro soggetto istituzionale può svolgere con la stessa prossimità.

LA PREVENZIONE COME LEVA STRATEGICA: LE OLIMPIADI COME OPPORTUNITÀ

Sono fermamente convinto che la prevenzione rappresenti la grande leva su cui concentrare gli sforzi, attivando la rete delle associazioni, del volontariato e delle scuole. In questo contesto, disponiamo di un'opportunità straordinaria: i Giochi Olimpici e Paralimpici. Non si tratta soltanto di eventi sportivi: sono occasioni per avvicinare i giovani, per promuovere stili di vita sani, per fare dello sport uno strumento di benessere e inclusione. Non è casuale che Belluno ospiti per la seconda volta le Olimpiadi e, per la prima volta nella sua storia, le Paralimpiadi. È un'occasione storica che non possiamo sprecare.

La sfida è trasformare questi eventi in un'eredità culturale e sociale duratura per la nostra provincia: cambiare la mentalità collettiva, radicare nella comunità la cura della salute come valore condiviso, promuovere una nuova cul-

tura della salute rivolta non soltanto a chi è già sensibile a questi temi, ma anche a chi non lo è ancora.

UN IMPEGNO CONDIVISO

I sindaci, attraverso la Conferenza, possono e devono essere protagonisti di questo cambiamento, ma solo operando in stretta collaborazione con l'Azienda Sanitaria e con tutti gli attori del territorio. L'obiettivo è chiaro: fare della rete e della squadra non concetti astratti, ma pratiche concrete e quotidiane. Lavorando da soli si ottiene qualcosa; lavorando insieme si può ottenere molto di più.

| Moderatore

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

| Oscar De Pellegrin

Conosciamo bene il nostro territorio, in particolare le zone più alte e isolate, dove esistono piccole comunità capaci di esprimere un forte senso di unione e di reciproco aiuto. In questi contesti, le problematiche vengono affrontate e risolte collettivamente, in un autentico spirito di collaborazione. Tali comunità rappresentano un esempio straordinario per l'intera società: è fondamentale riconoscerne il valore e inserirle in una rete di relazioni più ampia. Questi modelli possono diventare veri e propri motori di cambiamento, e proprio a partire da essi è possibile costruire percorsi condivisi e ampliare la visione complessiva del territorio.

LA RIFORMA DELLE ATS COME PASSAGGIO EPOCALE

I servizi destinati a queste comunità sono sempre più richiesti, non soltanto sul versante dell'assistenza sanitaria, ma anche su quello sociale. Viviamo un momento di trasformazione strutturale significativa, caratterizzato in particolare dalla riforma delle Aziende Territoriali Socio-Sanitarie (ATS). Si tratta di un passaggio epocale che deve essere affrontato con serietà e responsabilità, e che impone a tutto il

territorio di dialogare e lavorare in sinergia. La Regione ha già avviato questo percorso; spetta ora a noi costruire una rete solida, capace di fornire risposte concrete ai cittadini che ne hanno bisogno.

Fino ad oggi, molte funzioni di assistenza e cura sono state delegate all'azienda sanitaria. È giunto il momento di dimostrare la nostra capacità di operare insieme per il bene del territorio, superando anche quelle logiche di campanile che storicamente hanno caratterizzato le nostre comunità. L'obiettivo è partire da strutture in grado di mantenere i servizi esistenti, ma soprattutto di migliorarli e adeguarli alle esigenze di una popolazione i cui bisogni continuano a evolversi. È necessario, quindi, costruire strutture solide, pronte a fornire risposte efficaci e durature.

LA CARTA SOCIALE DELLE ALPI E LA COOPERAZIONE TRA TERRITORI

In questo quadro si inserisce un'iniziativa concreta: il Comune di Belluno, insieme ad altri capoluoghi alpini e nazioni limitrofe, ha recentemente sottoscritto la Carta Sociale delle Alpi. Il progetto coinvolge i quattro capoluoghi di Belluno, Trento, Bolzano e Innsbruck, con l'obiettivo di affrontare congiuntamente temi cru-

ciali quali l'invecchiamento della popolazione e il calo demografico, problematiche comuni a tutti questi territori. Attraverso il dialogo e il confronto reciproco, si intende comprendere come altri contesti abbiano superato determinate criticità e, al contempo, condividere le esperienze positive maturate localmente, al fine di individuare soluzioni efficaci e trasferibili.

Questa iniziativa rappresenta l'avvio di un percorso che può estendersi ad altri ambiti - dal sociosanitario alla sanità, fino al welfare sociale. La risposta più matura e consapevole che un territorio possa offrire alle sfide dei prossimi anni non consiste nel chiudersi nei propri confini, reiterando schemi e risposte consolidati, bensì nell'aprirsi al confronto con realtà esterne, nell'accogliere esperienze diverse, nel valorizzarle e nell'adattarle alla propria specificità per un miglioramento continuo. Questa è, a mio avviso, la nuova frontiera verso cui il territorio deve orientarsi con determinazione.

| Moderatore

Dottor Scannapieco, quando si parla di società quotate in borsa, accanto ai tradizionali parametri economico-finanziari come bilancio e fatturato, si sta dando sempre maggiore im-

portanza ai cosiddetti parametri ESG: E come ambiente, S come responsabilità sociale e G come governance trasparente e ispirata a principi etici. È evidente che anche il settore della sanità privata è chiamato a rispondere a queste sfide, in particolare per quanto riguarda la dimensione sociale del proprio operato. In questo senso, vorrei chiederle: come pensate di affrontare questa tematica?

| Gianluigi Scannapieco

Il modello ESG - Environment, Social, Governance - si sta diffondendo in misura crescente, al punto che oggi anche i fondi di investimento orientano le proprie scelte verso aziende in grado di garantire percorsi strutturati di sostenibilità e responsabilità. Questo fenomeno si inserisce nel quadro più ampio della responsabilità sociale d'impresa, che il modello ESG estende ulteriormente includendo la tutela dell'ambiente, la trasparenza nei confronti della comunità economica e finanziaria e la responsabilità sociale verso i territori in cui si opera.

Per le aziende sanitarie, la componente sociale rappresenta un aspetto particolarmente centrale. Essere socialmente responsabili significa prestare attenzione a tutti gli stakeholder: ai

cittadini delle comunità in cui insistono le strutture sanitarie private e, al contempo, ai propri dipendenti, che sono anch'essi cittadini e parte integrante del tessuto sociale. È importante sottolineare che l'adesione a questi percorsi non si esaurisce in dichiarazioni di principio: il rispetto dei parametri ESG viene monitorato attraverso indicatori specifici, con verifiche periodiche che certificano l'effettiva coerenza tra valori dichiarati e pratiche aziendali. Un esempio concreto è il gruppo Synlab che, pur essendo uscito dalla Borsa, continua a perseguire attivamente questi obiettivi, dimostrando che la responsabilità sociale non dipende dallo status di società quotata, ma da una scelta strategica e valoriale portata avanti nel tempo.

IL PAZIENTE COME ALLEATO DEL SISTEMA SANITARIO

Sul piano operativo, un'area in cui il settore privato può offrire un contributo significativo riguarda il crescente bisogno di informazione da parte della cittadinanza. L'accesso a internet, pur rappresentando una fonte di dati potenzialmente utile, espone al rischio di non saper distinguere tra fonti affidabili e informazioni distorte o fuorvianti. I dipartimenti di preven-

zione e le strutture sanitarie pubbliche svolgono già un lavoro importante in tal senso, ma è evidente la necessità di costruire alleanze più ampie, capaci di colmare questo bisogno di conoscenza.

Nel dibattito sull'integrazione tra istituzioni, volontariato e Comuni, si tende spesso a dimenticare un alleato fondamentale: il paziente stesso. È necessario che la persona che si rivolge ai servizi sanitari venga riconosciuta come parte attiva del proprio percorso di cura. Coinvolgerla, renderla consapevole e corresponsabile della propria salute significa non soltanto migliorarne il benessere, ma anche ottimizzare l'utilizzo delle risorse, riducendo la necessità di interventi più onerosi e favorendo, ad esempio, la continuità lavorativa.

PREVENZIONE, SENSIBILIZZAZIONE E NUOVI MODELLI DI INCONTRO

In quest'ottica, diventa essenziale promuovere iniziative di sensibilizzazione e prevenzione: campagne informative, screening gratuiti per le patologie più diffuse - come le malattie cardiovascolari - e attività che favoriscano una maggiore consapevolezza dei propri fattori di rischio. Un esempio concreto è il progetto

di prevenzione cardiovascolare dedicato alle donne, ambito troppo spesso sottovalutato, sviluppato sia per le comunità di riferimento sia all'interno delle strutture per le dipendenti. La sensibilizzazione passa anche attraverso momenti strutturati di incontro e formazione. Avviati inizialmente in formato webinar durante il periodo pandemico, tali eventi hanno registrato, con il ritorno alle modalità in presenza, un'affluenza straordinaria, segnale di un bisogno diffuso e urgente di informazione. Incontri dedicati a tematiche specifiche - come la menopausa o altre problematiche sanitarie di forte interesse collettivo - attraggono un numero significativo di persone desiderose di ricevere spiegazioni e indicazioni chiare, in un contesto storico in cui la scarsità di risorse comprime inevitabilmente il tempo di colloquio tra medico e paziente.

VERSO UN'ALLEANZA AUTENTICA CON IL CITTADINO

La salute si costruisce anche attraverso la consapevolezza e la partecipazione attiva delle persone. È fondamentale superare un modello in cui il cittadino subisce passivamente prescrizioni che spesso non comprende appieno, per approdare a un approccio in cui la persona è

protagonista del proprio percorso di cura. Ritengo pertanto necessario spostare l'attenzione dai pur fondamentali concetti di «integrazione» e «squadra» verso quello di «alleanza»: un'alleanza autentica e profonda, in cui il cittadino diventa parte attiva e consapevole, contribuendo al miglioramento della propria salute e, di conseguenza, al buon funzionamento dell'intero sistema sanitario.

| Moderatore

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

| Paolo Colleselli

Le sfide che attendono il settore richiedono, a mio avviso, una strada che ritengo ormai inevitabile: quella dell'aggregazione delle forze. Le associazioni di volontariato presenti sul territorio sono numerose - nella nostra provincia se ne contano circa 140, per una forza complessiva di oltre 5.000 volontari - e diventa imprescindibile

iniziare a progettare un futuro in cui queste realtà convergano, tanto per mettere in comune le risorse umane quanto per ottimizzare quelle materiali di cui ciascuna associazione dispone. Questa necessità deriva da una considerazione di fondo: con il trascorrere del tempo emergeranno inevitabilmente nuove necessità, nuove sfide e nuove questioni da affrontare, soprattutto sul piano sociale, ancor più che su quello sanitario. Le associazioni di volontariato dovranno pertanto individuare un *modus operandi* condiviso: modalità strutturate di incontro e pianificazione degli interventi che evitino campanilismi, sovrapposizioni e duplicazioni, e che si inscrivano invece in un piano generale riconosciuto da tutti. Solo in questo modo sarà possibile fornire risposte efficaci a bisogni che sono già oggi evidenti e che saranno ancor più pressanti in futuro.

Il contesto in cui operiamo - caratterizzato dalla rarefazione della popolazione e da una possibile contrazione delle risorse disponibili - impone di affrontare queste sfide con lucidità. L'unica soluzione sostenibile è, a mio giudizio, proprio quella dell'aggregazione tra le associazioni che operano in questi ambiti: una scelta non più rinviabile, ma strutturalmente necessaria per garantire continuità e qualità dei servizi nei prossimi anni.

| *Moderatore*

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

| *Felice Gaiardo*

Condivido pienamente quanto affermato dal Professor Colleselli in merito al futuro del volontariato: l'aggregazione sarà certamente un elemento fondamentale. Nelle aree più periferiche della provincia lo stiamo già sperimentando da anni, poiché il numero di persone disponibili è sempre più esiguo. In sostanza, o ci si aiuta reciprocamente, oppure non si riesce ad andare avanti.

Il futuro, tuttavia, appare a mio avviso piuttosto incerto. Ho recentemente condotto una semplice analisi sul gruppo di associazioni che rappresento - il 50% delle associazioni della provincia di Belluno che si occupano di soccorso sanitario, ossia 7 su 15. I dati sono eloquenti:

suddividendo la popolazione dei volontari per fasce d'età (20-30, 30-40, 40-50, 50-60 anni), emerge con chiarezza che chi dieci anni fa rientrava nella fascia 40-50 si trova oggi, semplicemente, nella fascia 50-60. Il problema reale è che la fascia 20-30 è pressoché scomparsa: non soltanto manca il ricambio generazionale dalla fascia 30-40 alla 40-50, ma manca proprio l'ingresso di nuove forze nella componente più giovane.

AGGREGAZIONE E COLLABORAZIONE PUBBLICO-PRIVATO: UNA RISPOSTA INTEGRATA

L'aggregazione rappresenta una prima risposta per cercare di migliorare il servizio, ma ritengo necessario aggiungere un ulteriore elemento. Riprendendo il tema della collaborazione tra sanità pubblica e privata, ho la convinzione - con riferimento specifico al servizio sanitario di soccorso - che in futuro, soprattutto nei territori più periferici e complessi, nelle vallate più remote piuttosto che nei centri urbani, una possibile soluzione possa essere rappresentata da una collaborazione strutturata tra volontariato e sanità privata. Un'associazione tra strutture sanitarie private e mondo del volontariato potrebbe costituire una strategia efficace per garantire la

continuità del servizio nelle aree più disagiate. Attualmente, le 15 associazioni di soccorso della provincia di Belluno contano complessivamente circa 300 volontari. Già oggi si fatica a garantire i servizi; domani le difficoltà saranno inevitabilmente maggiori.

IL PESO DELLA BUROCRAZIA E LA NECESSITÀ DI UN INTERVENTO POLITICO

Un ulteriore aspetto critico, che occorre affrontare per incentivare la partecipazione e attrarre nuove persone, è quello della burocrazia. Gestire oggi un'associazione di volontariato nel settore del soccorso sanitario equivale, di fatto, a gestire un'impresa: gli oneri e gli obblighi - tra iscrizioni al Registro Unico del Terzo Settore, autorizzazioni di vario genere e adempimenti normativi - sono praticamente identici. Si tratta di una situazione oggettivamente critica, che rappresenta un peso non soltanto per chi gestisce le associazioni, ma anche per il singolo volontario, chiamato a confrontarsi con un'attività già impegnativa di per sé, ulteriormente gravata da obblighi amministrativi.

Auspico che qualcosa possa cambiare, ma ritengo che solo un intervento della politica possa fare realmente la differenza, distinguendo in modo chiaro e netto ciò che è volontariato da

ciò che è impresa. In assenza di tale distinzione, temo che il volontariato non abbia futuro.

| Moderatore

L'osservazione che emerge con chiarezza è che non si trovano giovani tra i 20 e i 30 anni nelle associazioni di volontariato, e il motivo è di una semplicità disarmante: non sono nati. Questa è, in tutta onestà, la realtà dei fatti.

Analizzando i dati demografici della Provincia di Belluno - ma il ragionamento vale per l'intero Veneto e, più in generale, per l'Italia - emerge che Belluno anticipa di circa 12 anni le tendenze demografiche nazionali. Le cosiddette «classi vuote», le stesse che a livello nazionale si sono manifestate con le 350.000 nascite registrate nell'ultimo anno, a fronte di oltre un milione di nati negli anni Sessanta, nel nostro territorio si sono già verificate dodici anni prima. È per questa ragione che oggi quella fascia di popolazione semplicemente non esiste, e si tratta di un problema che deve essere affrontato con la massima serietà.

STRUMENTI GIURIDICI PER IL POTERE CONTRATTUALE DELLE COMUNITÀ

Accanto alla questione demografica, si pone un

interrogativo di natura giuridica che merita attenzione: esistono strumenti che conferiscano alle comunità locali un reale potere contrattuale? Nel momento in cui si discute della necessità di ripensare e rafforzare i servizi territoriali, occorre chiedersi se le comunità locali dispongano di strumenti giuridici che consentano loro di esercitare una maggiore voce in capitolo, una più solida autonomia decisionale e una capacità effettiva di incidere sulle scelte che le riguardano.

| Enrico Gaz

Gli strumenti giuridici a disposizione delle comunità sono numerosi, e proprio per questo sarebbe utile dedicare momenti specifici di approfondimento che consentano di prenderne piena consapevolezza, sia della loro esistenza sia del loro potenziale. Alcuni di essi possono peraltro essere attivati in modo diretto.

Il modello promosso dalla normativa vigente in materia di riorganizzazione degli ambiti territoriali sociali è quello delle aziende speciali consortili. Senza addentrarsi in tecnicismi eccessivi, queste aziende - previste dall'articolo 114 del Testo Unico degli Enti Locali - sono enti pubblici economici con caratteristiche peculiari: il loro bilancio transita attraverso i Consigli

comunalì. Questo rappresenta un cambiamento significativo rispetto alla precedente impostazione aziendalizzata del sociale, nella quale le comunità locali disponevano esclusivamente di poteri partecipativi, propositivi o di impulso. Il nuovo modello introduce invece un coinvolgimento strutturato delle comunità attraverso i loro rappresentanti istituzionali, con percorsi procedurali e regolamentari che consentono una partecipazione ancora più attiva della cittadinanza, fino all'approvazione del bilancio. L'approvazione del bilancio non è un mero atto contabile: significa definire una gerarchia di obiettivi e affrontare scelte di natura anche etica. Affinché tutto ciò possa avvenire in modo realmente comunitario, è però necessario che i cittadini si assumano la responsabilità di un impegno civico di partecipazione, che non può essere dato per scontato.

LA LEGGE REGIONALE N. 25 DEL 2014 E LA SPECIFICITÀ MONTANA

Un riferimento normativo che merita di essere richiamato, particolarmente pertinente per il contesto in cui ci troviamo, è la legge regionale n. 25 del 2014. Spesso percepita esclusivamente come una legge dedicata all'autonomia della Provincia di Belluno - lettura non errata, poiché la seconda

parte della legge affronta effettivamente il tema della specificità bellunese - essa contiene anche una prima parte che riguarda l'intera montagna veneta: l'Altopiano di Asiago, il Cadore, i Lessini, le Prealpi Trevigiane e altri territori.

In particolare, l'articolo 10 stabilisce che per tutti i comuni montani del Veneto il calcolo dei fabbisogni standard e dei costi standard non debba avvenire esclusivamente sulla base della quota pro capite ponderata per classi di età, ma debba tener conto anche delle condizioni strutturali di svantaggio tipiche della montagna, quali la densità abitativa e gli indici di dispersione territoriale. L'articolo si chiude con un inciso di rilievo - «ferma restando la pianificazione sociosanitaria» - che stabilisce come, accanto al Piano sociosanitario regionale, debba essere adottato per le aree montane un criterio differenziato e specifico per il calcolo di costi e fabbisogni.

Gli atti applicativi mancano ancora, ma esiste già un sistema di partecipazione locale - attraverso la Conferenza degli enti locali bellunesi, i Consigli di autonomia locali e altri organismi - che potrebbe e dovrebbe essere attivato per dare seguito a quanto già previsto dalla legge. Una scelta politica regionale in tal senso è già stata compiuta; spetta ora alle realtà locali farsi

presenti, segnalare e sollecitare, nonostante le urgenze - dal Covid al PNRR - che hanno inevitabilmente compresso le agende dell'amministrazione regionale.

IDENTITÀ MONTANA COME PARTECIPAZIONE, NON COME SEPARATEZZA

Più che insistere su un atteggiamento rivendicativo, ritengo sia necessaria un'impostazione di umiltà e serietà, da esercitare non nelle piazze ma nei convegni, negli incontri, nei gruppi di lavoro e nelle commissioni tecniche. Solo attraverso questo impegno concreto è possibile vivere l'identità montana - o specificità, se si preferisce - non come separatezza, ma come appartenenza: come partecipazione attiva e come alleanza, nella prospettiva richiamata nel corso di questa giornata.

| Moderatore

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

Nel corso di questi incontri abbiamo condiviso un dato ormai consolidato: la salute di una comunità dipende solo per il 30% dagli interventi sanitari in senso stretto, mentre per il restante

70% da altri fattori - sociali, ambientali, comportamentali, economici. Eppure, alla fine, la discussione ha finito per concentrarsi prevalentemente proprio su quel 70%, riservando al «30% sanitario» uno spazio limitato, circoscritto principalmente ai temi della prevenzione e del ruolo della comunità.

Desidero a questo punto esprimere un'opinione personale: l'Azienda Sanitaria ha compiuto un notevole sforzo nell'ideare e sviluppare soluzioni innovative in ambito sanitario, con l'obiettivo di fornire risposte concrete ai bisogni dei cittadini. Forse è giunto il momento che la comunità - e chi la rappresenta - si faccia promotrice di una nuova fase di riflessione e di iniziativa: avviare un percorso strutturato, anche attraverso cicli di convegni come questo, per ragionare con serietà su quel 70% che determina la salute al di là dell'intervento clinico.

Esistono soluzioni innovative anche in ambito preventivo, così come modelli nuovi di partecipazione civica che meritano di essere esplorati e discussi. Credo sia arrivato il momento di attivare questo dibattito all'interno delle nostre comunità, facendo emergere idee nuove, originali e realmente attuabili.

VERSO I 5 CERCHI

| *Moderata: Maria Caterina De Marco*

| *Moderatore*

La nostra Azienda è fortemente coinvolta nell'organizzazione sanitaria per le prossime Olimpiadi e Paralimpiadi. Con una delibera regionale specifica, la Regione ci ha formalmente delegato all'organizzazione dell'assistenza sanitaria, un incarico che si inserisce all'interno di un quadro regolatorio molto preciso, definito dal Comitato Olimpico Internazionale (CIO), cui dobbiamo scrupolosamente attenerci. A tal fine, è stato attivato un gruppo di lavoro aziendale, all'interno del quale il dottor Rosi ricopre il ruolo di Regional Medical Care Manager, nominato dalla Regione in collegamento con il Regional Care Manager nazionale, il dottor Massazza.

LE TRE AREE OPERATIVE DELL'ASSISTENZA SANITARIA

L'assistenza sanitaria è organizzata secondo regole stringenti e si articola in tre grandi aree operative. La prima riguarda l'assistenza sanitaria nei campi di gara. Il dottor Rosi illustrerà

nel dettaglio quali e quanti sono i siti interessati; l'Azienda non opererà da sola, ma in stretta collaborazione con le associazioni di volontariato e le altre aziende sanitarie che hanno manifestato disponibilità.

La seconda area riguarda l'assistenza sanitaria nel Villaggio Olimpico, destinato ad accogliere atleti e membri della famiglia olimpica e paralimpica. Sono previste tre linee di attività. La prima è una farmacia interna, la cui organizzazione apre una serie di questioni operative rilevanti: modalità di distribuzione dei farmaci, tipologie, prescrizioni e tracciabilità, con particolare attenzione al tema dell'antidoping; su questo versante, la dottoressa Schievenin sta lavorando all'intera impostazione operativa insieme a un collega dell'Ospedale Niguarda. La seconda è un presidio di assistenza sanitaria attivo 24 ore su 24, garantito dalla presenza costante di un medico internista e di un infermiere per la gestione delle urgenze minori durante l'intero periodo dei Giochi; per le situazioni più complesse è previsto il trasferimento verso strutture dedicate esterne al Villaggio. La terza è un ambulatorio odontoiatrico, allestito in collaborazione con

il professor Stellini dell'Azienda Ospedaliera di Padova, con cui si sta definendo il capitolato per l'acquisto dell'unità operativa e per la gestione della turnistica degli specialisti.

La terza area operativa riguarda le strutture ospedaliere dedicate. Il Policlinico Olimpico è stato individuato nel nuovo ospedale Codivilla, i cui lavori si concluderanno tra agosto e settembre, con accreditamento previsto per novembre secondo quanto stabilito nell'accordo siglato con GVM. Il Codivilla sarà attrezzato come Policlinico Olimpico esclusivamente per gli atleti, senza interferire con l'assistenza ordinaria ai cittadini residenti. L'Ospedale Olimpico è invece stato individuato nell'Ospedale di Belluno, che accoglierà sia gli atleti sia i membri della famiglia olimpica. In previsione dell'elevata affluenza di pubblico, si sta valutando un potenziamento anche del presidio di Pieve di Cadore, per essere pronti a rispondere a ogni eventualità, incluse le necessità assistenziali degli spettatori.

SANITÀ A CINQUE CERCHI: LE SFIDE

| *Paolo Rosi*

Le Olimpiadi Milano-Cortina 2026 coinvolgono in realtà un territorio molto più ampio: Milano,

Trento, Bolzano e Cortina, con attività distribuite su diverse regioni. In Lombardia si svolgeranno eventi a Bormio, Livigno e Milano; in Alto Adige e Trentino sono previste ulteriori attività, mentre una parte significativa interesserà il Veneto. Cortina rappresenta la sede delle attività competitive principali: sci alpino femminile olimpico e paralimpico, bob, slittino e skeleton olimpici, curling olimpico e paralimpico, snowboard paralimpico. L'Arena di Verona ospiterà la cerimonia di chiusura dei Giochi Olimpici e di apertura dei Giochi Paralimpici.

Si prevede la presenza di 600 atleti accompagnati da circa 2.000 persone tra staff, famiglia olimpica e dignitari, oltre a poco più di 10.000 spettatori per ciascuna giornata di gara. Il dimensionamento definitivo della componente media e della workforce è ancora in fase di definizione.

L'organizzazione segue le regole stabilite dal Comitato Olimpico Internazionale, codificate nella guida dei servizi medici per i Giochi Olimpici. Il primo principio fondamentale consiste nell'assicurare salute e sicurezza di tutti gli stakeholder: atleti, spettatori, famiglia olimpica e chiunque transiti nelle aree olimpiche durante i Giochi. Il secondo principio, che abbiamo reso prioritario, stabilisce che il servizio fornito ai residenti non deve essere minimamente

compromesso né per qualità né per velocità di erogazione delle prestazioni: nessuna ricaduta negativa deve interessare chi vive nei territori dove si svolgono i Giochi.

L'obiettivo è realizzare un servizio pienamente integrato con il sistema sanitario regionale. Non si tratta di un evento sportivo ordinario, ma di una manifestazione che coinvolge strutturalmente il territorio regionale, l'amministrazione e le autorità sanitarie. Il sistema olimpico rappresenterà un'appendice del servizio sanitario regionale, operata con personale proveniente dallo stesso, secondo il principio di impiegare i migliori professionisti per svolgere le attività che eseguono quotidianamente: rianimatori, medici del pronto soccorso, infermieri del 118 per l'attività territoriale, estendendo questo approccio a tutte le specialità fino alla salute pubblica.

LA STRUTTURAZIONE DEI SERVIZI: ATLETI E SPETTATORI

È necessario separare due funzioni distinte. La prima è destinata agli atleti, sia per ragioni di protezione - si tratta di personalità con una certa notorietà che richiedono tutela - sia per la specificità delle loro esigenze. Occorre creare un ecosistema in cui, ad esempio, i medici stranieri possano operare per trattare i propri

pazienti, coordinare i farmaci e gestire situazioni che in condizioni ordinarie non sarebbero possibili sul territorio nazionale.

Il sistema dedicato agli atleti si articola in: il Policlinico Olimpico, una farmacia specializzata con caratteristiche specifiche, le medical station come postazioni di soccorso all'interno di ciascun sito di gara, l'assistenza sui field of play durante le competizioni e gli ospedali olimpici, strutture ospedaliere ordinarie designate come riferimento per gli atleti.

Un elemento di rilievo riguarda la dimensione della legacy. I Giochi devono lasciare un'eredità materiale e immateriale: non viene acquisito nulla che non rimanga successivamente per potenziare le attività ospedaliere, territoriali o le capacità del sistema 118 di rispondere agli eventi.

Per gli spettatori, la workforce e i visitatori valgono principi analoghi: garantire i servizi di emergenza a una popolazione residente temporaneamente aumentata, le cure primarie, postazioni di soccorso all'interno dei siti di gara, assistenza sulle tribune e ospedali di riferimento.

I TEST EVENT E LA PREPARAZIONE OPERATIVA

I Giochi Olimpici e Paralimpici richiederanno 43 giorni di operatività a partire dal 4 febbraio

2026, ma già nel corso del 2025 si stanno gestendo tutti i test event. Paradossalmente, l'impegno di quest'anno risulterà più prolungato delle Olimpiadi stesse: si tratta di 53 giorni di assistenza da erogare, di cui la Regione, tramite l'ULSS 1, si fa interamente carico.

È stato organizzato uno staff con responsabili per ciascuna venue di gara, composto interamente da personale che opera quotidianamente nel settore sanitario. L'organizzazione richiede una struttura complessa che va ben oltre la presenza del medico sulla pista, includendo il coordinamento di tutte le attività: dal reclutamento alla logistica di base - alloggio e ristorazione - fino alla predisposizione di mappe dettagliate e procedure specifiche per operare in un cantiere in continua evoluzione.

DISPOSITIVI, TECNOLOGIE E PERSONALE IN CAMPO

Sui campi di gara saranno garantiti diversi livelli di assistenza. Saranno impiegate squadre a piedi, team di soccorso avanzato e mezzi speciali per la mobilità rapida. Una preoccupazione particolare riguarda la visibilità mediatica mondiale: i tempi di intervento sono critici e richiedono modalità di movimento studiate con precisione, differenziate a seconda del sito

- più agevoli sulle piste da sci, più complesse sulla pista di bob, dove è necessario individuare il punto esatto di accesso e localizzare la posizione dell'atleta.

Per ciascuno dei tre siti principali è previsto un posto di comando con visione completa delle gare. Viene utilizzato un software specifico per la gestione del reclutamento e della pianificazione, sviluppato a partire da oltre mille adesioni raccolte tra il personale sanitario interessato. Per ogni candidato è stata documentata l'esperienza nei rispettivi ambiti di competenza, consentendo una selezione mirata per ogni posizione.

Sul piano tecnologico, saranno utilizzate radio TETRA per la localizzazione costante delle squadre e bodycam per fornire al coordinamento una visione diretta delle situazioni, riducendo la necessità di comunicazioni vocali e anticipando eventuali necessità di soccorsi aggiuntivi. In una giornata di picco saranno schierati 19 medici, 25 infermieri e 62 soccorritori distribuiti tra curling, sci e slittino.

La collaborazione con il soccorso alpino e le forze di polizia - Polizia di Stato, Carabinieri e Guardia di Finanza - è strutturata per le operazioni di patrol e soccorso. Saranno dislocate ambulanze non soltanto sui siti di gara, ma anche lungo i principali assi viari verso Cortina.

Sul fronte del supporto aereo, l'elicottero Falco 2, divenuto stabile sul territorio, rappresenterà una legacy permanente, affiancato dall'elicottero di Treviso e da quello della Guardia di Finanza, con una divisione dei compiti tra recupero dalle piste e trasporto ospedaliero.

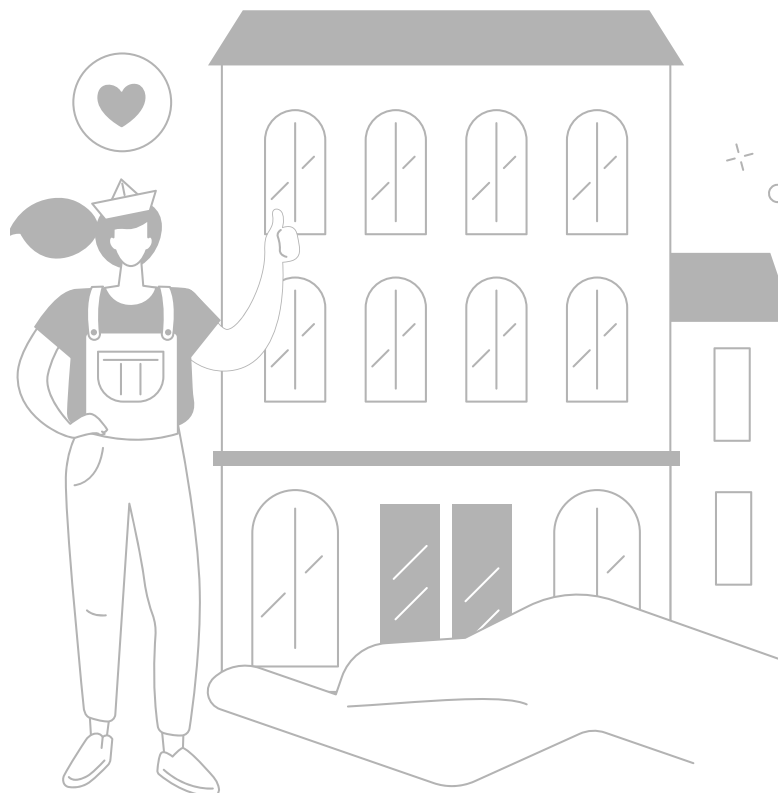
IL POLICLINICO OLIMPICO, GLI OSPEDALI DI RIFERIMENTO E LA LEGACY

Il Policlinico Olimpico, dedicato principalmente alla cura degli atleti, comprenderà un'area di emergenza, fisioterapia, ambulatori, radiologia e laboratorio presso l'ospedale di Codivilla. Settant'anni dopo i Giochi Olimpici del 1956, questa struttura viene restituita alla popolazione completamente ristrutturata e rinnovata. Nel Villaggio Olimpico saranno invece presenti un ambulatorio odontoiatrico, una farmacia dedicata agli atleti e un presidio di medicina generale per le necessità elementari.

Gli ospedali di riferimento sono Belluno - e Treviso per le specialità non disponibili in loco, principalmente il trauma maggiore e la neurochirurgia - e Verona per le cerimonie.

Con la commissione medica del Comitato Olimpico è stato chiarito che non verrà attribuita alcuna priorità agli atleti rispetto ai residenti: gli atleti saranno curati esattamente

come qualsiasi altro paziente, poiché è l'unico modo per garantire un'assistenza efficace senza causare danni. Per tutelare la privacy e gestire la presenza di atleti di diverse nazionalità con i rispettivi accompagnatori, l'ospedale sarà organizzato con percorsi separati e adeguate misure di gestione dei flussi.



CONCLUSIONI

| Giuseppe Dal Ben

La presentazione del dottor Rosi illustra con precisione ciò che avevo anticipato in chiusura del mio intervento mattutino. Ci apprestiamo a diventare l'ULSS olimpica: un incarico di grande rilevanza, nel quale non possiamo permetterci errori, nella consapevolezza che gli occhi del mondo saranno puntati su di noi. Svolgiamo tuttavia questo lavoro con la stessa competenza e passione che mettiamo nel quotidiano. La complessità del sistema dell'assistenza sanitaria non ci spaventa; rappresenta, al contrario, una sfida che stimola a fare sempre meglio.

UN CICLO DI INCONTRI FONDATO SULLA PARTECIPAZIONE COMUNITARIA

Si conclude oggi un ciclo di quattro incontri, ciascuno dei quali ha saputo superare il precedente per ricchezza e profondità dei contenuti. Ho voluto che questi momenti avessero come fondamento la partecipazione della comunità: attraverso i sindaci, le associazioni di volontariato e tutti coloro che operano nel settore sanitario. Questo primo obiettivo può dir-

si raggiunto. Ho inoltre desiderato che questi incontri non restassero mere occasioni teoriche, conversazioni tra addetti ai lavori fin a se stesse, ma che producessero ricadute pratiche e concrete sul territorio.

I PROGETTI AVVIATI E IL COINVOLGIMENTO DEL PERSONALE

Nel corso di questa giornata è stata presentata una rassegna di circa venti progetti avviati, alcuni dei quali già in fase avanzata di stabilizzazione, altri ancora in corso di sviluppo. Complessivamente, oltre duecento persone sono state coinvolte in questa progettualità, a testimonianza dell'ampiezza del lavoro svolto. Siamo tuttavia consapevoli che resta ancora molto da fare per portare il sistema sanitario bellunese ai livelli di eccellenza che il territorio merita.

LE OLIMPIADI COME NUOVO ORIZZONTE PROGETTUALE

Dobbiamo essere attori principali in questa fase di avvicinamento ai Giochi, sviluppando e presentando progettualità soprattutto nell'ambito della promozione della salute e della pre-

venzione. Un impegno che dovrà nuovamente coinvolgere l'intera comunità e, in modo particolare, il mondo giovanile. Se da un lato si chiude un ciclo di incontri, dall'altro se ne apre immediatamente un altro: quello legato alle Olimpiadi, che ci vedrà protagonisti.

GLI IMPEGNI FUTURI E IL RICONOSCIMENTO DEL LAVORO DI SQUADRA

L'impegno che ci attende è proseguire nella stabilizzazione dei progetti già avviati, nel confronto con altre realtà, e nel dare concretezza al lavoro maturato nel corso di questi quattro incontri, orientando gli sforzi soprattutto sul tema della promozione della salute e della prevenzione. Un sentito riconoscimento va al Dipartimento di Prevenzione e alla sua squadra, sempre disponibile e pronta a rispondere a ogni necessità: sarà proprio questo team a dover lanciare, insieme alla direzione, il percorso verso le Olimpiadi con un forte accento sulla salute pubblica. Il lavoro è ancora molto, e sono certo che sarà un lavoro di qualità.

VERSO UN LABORATORIO DI SALUTE ESPORTABILE

Le tematiche da sviluppare sono ancora molte: specifiche patologie, aspetti legati alla qualità

della vita, percorsi da portare avanti alla luce delle esperienze maturate nell'ultimo anno. È stato chiesto se la nostra realtà possa rappresentare un esempio per altri territori: lavoriamo con serenità e senza presunzione, ma quanto realizzato in questo anno può essere considerato un laboratorio potenzialmente esportabile ad altre realtà. Continueremo a lavorare in questa direzione, con l'obiettivo di valorizzare e preservare ciò che di buono è stato costruito, colmare le lacune ancora esistenti e contribuire all'eccellenza della sanità bellunese - e, attraverso di essa, alla creazione di vera salute.

SALUTE OLTRE LA CITTÀ

ASSISTENZA SANITARIA NELLE AREE MONTANE:
STRATEGIE IMPLEMENTATIVE E SOLUZIONI INNOVATIVE

DOCUMENTO FINALE DEL CICLO DI CONVEGNI

Belluno, 2025

1. INTRODUZIONE: CONTESTO OROGRAFICO E DEMOGRAFICO

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

La denominazione «Salute oltre la città» non costituisce un titolo meramente evocativo, bensì una dichiarazione programmatica che sottende un approccio sistemico alle problematiche sanitarie delle aree interne. Tale denominazione esprime l'adozione di una prospettiva epidemiologica e organizzativa che trascende i tradizionali modelli urbano-centrici, inadeguati per contesti caratterizzati da elevata dispersione demografica e da criticità logistico-infrastrutturali. In questo scenario geo-demografico complesso, l'ULSS 1 Dolomiti ha implementato strategie mirate al superamento delle barriere geografiche attraverso l'adozione di modelli organizzativi innovativi. L'obiettivo è garantire l'accessibilità universale ai servizi sanitari e l'equità negli esiti di salute, in conformità con i principi fondanti del Servizio Sanitario Nazionale e con gli obiettivi dell'Agenda 2030 dell'ONU, in particolare l'SDG 3 (Salute e Benessere) e l'SDG 10 (Riduzione delle Disuguaglianze).

2. IL CICLO DI CONVEGNI «SALUTE OLTRE LA CITTÀ»: QUADRO CONCETTUALE E OBIETTIVI STRATEGICI

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

2.1 OBIETTIVI STRATEGICI

L'obiettivo primario dell'iniziativa si articola su tre livelli:

- **Livello macro-sistemico:** garantire l'equità nell'accesso ai servizi sanitari e negli esiti di salute, in conformità con l'articolo 32 della Costituzione e con i principi di universalità, uguaglianza ed equità sanciti dalla Legge 833/1978 istitutiva del SSN.
- **Livello meso-organizzativo:** implementare modelli assistenziali innovativi, calibrati sulle specificità orografiche e demografiche del territorio dolomitico, attraverso l'ottimizzazione delle risorse disponibili e l'adozione di soluzioni tecnologiche avanzate.
- **Livello micro-operativo:** migliorare l'efficacia e l'efficienza dei percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali (PDTA) per le patologie prevalenti nel territorio, con particolare attenzione alle condizioni tempo-dipendenti e alla gestione delle patologie croniche.

La metodologia adottata si basa su un approccio partecipativo e iterativo, articolato nelle fasi di analisi delle criticità, elaborazione di soluzioni innovative, implementazione sperimentale e valutazione dei risultati, in un ciclo continuo di miglioramento della qualità.

3. IL PERCORSO: LE QUATTRO TAPPE DEL CICLO

3.1 FELTRE – PRIMO CONVEGNO INAUGURALE

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

La metodologia adottata è stata di tipo partecipativo, con il coinvolgimento attivo di stakeholder eterogenei, tra cui i rappresentanti di associazioni locali quali Mano Amica, Famiglia Feltrina e Filo di Arianna. La sinergia tra l'ULSS 1 Dolomiti e il tessuto associativo locale ha costituito un esempio paradigmatico di governance partecipativa nella definizione dei temi di salute rilevanti per la comunità. Un focus significativo è stato posto sull'analisi del diritto costituzionale all'equità di accesso alle cure (art. 32 Cost.) e sulla necessità di sviluppare modelli organizzativi specifici per le aree montane, distinti dai paradigmi tradizionali adottati nei contesti urbani ad alta densità abitativa. Il convegno ha inoltre costituito l'occasione per richiamare il mandato della Carta di Feltre, documento nel quale, già venticinque anni fa, il Ministero della Salute riconosceva la specificità delle aree montane e invitava le Regioni a prevedere per tali zone parametri differenziali nella programmazione e nelle dotazioni finanziarie. Il dibattito ha approfondito il ruolo strategico delle diverse componenti del sistema sanitario territoriale, con riferimento a:

- **Medicina Generale:** modelli organizzativi delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), adattati alle specificità delle aree montane.
- **Servizi di urgenza-emergenza:** distribuzione territoriale dei mezzi di soccorso, tempi di intervento e protocolli specifici per le emergenze in ambiente montano.
- **Accesso ospedaliero e specialistico:** distribuzione dei presidi ospedalieri, accessibilità delle prestazioni specialistiche e modelli di telemedicina.
- **Assistenza territoriale:** servizi domiciliari, presa in carico proattiva degli anziani e dei pazienti cronici.
- **Rete delle farmacie:** potenziale della farmacia dei servizi come presidio sanitario di prossimità nelle aree a bassa densità abitativa.

La documentazione prodotta a seguito del convegno – presentazioni, conclusioni e documento di sintesi – ha costituito un corpus informativo strutturato, funzionale sia alla capitalizzazione delle riflessioni emerse sia alla definizione della cornice concettuale per i successivi eventi della serie.

3.2 PIEVE DI CADORE – LE RETI TEMPO-DIPENDENTI

Il secondo convegno, svoltosi a Pieve di Cadore, ha adottato un approccio analitico-operativo, focalizzandosi su un'area critica dell'assistenza sanitaria: le reti tempo-dipendenti per la gestione delle patologie acute ad elevata criticità clinica. Le reti tempo-dipendenti sono sistemi organizzativi complessi, finalizzati alla gestione ottimale di condizioni cliniche in cui il fattore tempo costituisce una variabile determinante per l'esito. Le patologie analizzate hanno incluso:

- **Sindrome Coronarica Acuta (SCA):** con esame del modello hub-and-

spoke implementato nel territorio dell'ULSS 1 Dolomiti, con particolare riferimento ai protocolli di trombolisi preospedaliera e ai percorsi di centralizzazione verso i centri di emodinamica.

- **Ictus cerebrale ischemico:** con analisi dei protocolli di trombolisi endovenosa e trombectomia meccanica, e dei sistemi di teleradiologia per la diagnosi precoce.
- **Trauma maggiore:** con riferimento ai criteri di centralizzazione verso i centri trauma di livello superiore e ai protocolli di gestione preospedaliera del paziente traumatizzato in ambiente montano.
- **Emergenze neonatali:** con attenzione ai protocolli di trasporto neonatale protetto e ai sistemi di teleconsulto con i centri di riferimento regionali.

Il convegno è stato strutturato come un laboratorio interattivo, adottando metodologie partecipative finalizzate all'elaborazione condivisa di strategie operative. Il principio di equità è stato declinato secondo un modello tridimensionale:

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

Un elemento di rilievo del convegno è stata la presentazione di dati epidemiologici relativi alle performance del sistema esistente, ricavati dall'analisi e dal confronto con i dati nazionali forniti da AGENAS. Tali dati hanno evidenziato

l'impegno dell'ULSS 1 Dolomiti nel monitoraggio continuo e nella valutazione dell'efficacia dei servizi erogati, in un'ottica di miglioramento continuo della qualità.

3.3 AGORDO – RISONANZE AUTENTICHE: LO SPAZIO DELLA COMUNITÀ

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

Il titolo «Risonanze autentiche: lo spazio della comunità» esprime l'adesione a un paradigma bio-psico-sociale nella concettualizzazione della salute, in linea con la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che considera la salute non come mera assenza di malattia, ma come stato di completo benessere fisico, psichico e sociale.

Il focus principale è stato posto sul concetto di «medicina del territorio», che supera la tradizionale dicotomia ospedale-territorio per abbracciare un modello integrato di assistenza sanitaria di prossimità, in linea con i principi della community-based healthcare. Il convegno ha messo in luce come la montagna possa configurarsi come laboratorio di innovazione, valorizzando caratteristiche socio-culturali specifiche quali:

- **Elevato capitale sociale:** manifestato attraverso reti di solidarietà informale e formale, che possono costituire una risorsa significativa per i modelli di assistenza comunitaria.
- **Forte identità territoriale:** che favorisce la partecipazione attiva della popolazione ai processi decisionali relativi all'organizzazione dei servizi sanitari.

- **Tradizione di autogestione e resilienza:** caratteristiche storicamente sviluppate dalle comunità montane, valorizzabili nella progettazione di servizi sanitari sostenibili.

Il convegno ha enfatizzato l'importanza della collaborazione intersettoriale tra enti pubblici, organizzazioni del Terzo settore e comunità locali, in linea con il principio di health in all policies promosso dall'OMS, che riconosce l'influenza dei determinanti sociali sulla salute e la necessità di interventi coordinati tra i diversi settori delle politiche pubbliche.

3.4 BELLUNO – GESTIRE LA COMPLESSITÀ

Il convegno conclusivo di Belluno, intitolato «Gestire la complessità», ha adottato un approccio pragmatico-implementativo, focalizzandosi sugli aspetti operativi della gestione e dell'erogazione di servizi sanitari nel contesto complesso delle aree montane. L'evento ha rappresentato il momento culminante del ciclo, in cui il percorso di riflessione e progettazione condivisa si è tradotto in soluzioni concrete e verificabili.

PRIMA SESSIONE: GESTIRE LA COMPLESSITÀ DELL'ORGANIZZAZIONE SANITARIA E GARANTIRE LA SALUTE IN MONTAGNA

La prima sessione ha analizzato le sfide sistemiche e il quadro normativo-regolatorio per l'erogazione di servizi sanitari nelle regioni montane. Il focus è stato posto su:

- Analisi dei modelli organizzativi sanitari in relazione alle specificità orografiche e demografiche del territorio dolomitico.
- Esame del quadro normativo regionale e delle politiche sanitarie per le

aree interne, con particolare riferimento al Piano Socio-Sanitario Regionale del Veneto.

- Valutazione dell'impatto dei determinanti sociali della salute nelle comunità montane e delle strategie per il contrasto alle disuguaglianze sanitarie.
-

SECONDA SESSIONE: SOLUZIONI INNOVATIVE PER LA SANITÀ DI MONTAGNA – DAL PENSARE AL FARE

La seconda sessione ha costituito il nucleo tematico del convegno, presentando le iniziative concrete implementate nel territorio dell'ULSS 1 Dolomiti. Le soluzioni illustrate hanno coperto un ampio spettro di ambiti assistenziali:

- 1. Telemedicina per consulti specialistici a distanza:** implementazione di piattaforme di teleconsulto con funzionalità di videoconferenza ad alta definizione, condivisione di immagini diagnostiche e supporto alla decisione clinica, che consentono ai Medici di Medicina Generale e ai presidi periferici di accedere a consulenze specialistiche in tempo reale, riducendo la necessità di spostamento per i pazienti.
- 2. Programmi di prevenzione per patologie prevalenti nel territorio:** sviluppo di interventi preventivi mirati, basati sull'analisi epidemiologica delle patologie più frequenti nelle aree montane.
- 3. Assistenza domiciliare integrata per pazienti cronici:** modelli di assistenza domiciliare supportati da tecnologie di monitoraggio remoto e da équipe multidisciplinari, per garantire la continuità assistenziale e ridurre la necessità di ospedalizzazioni.
- 4. Rete dei rifugi sani e sicuri:** iniziativa che integra la rete dei rifugi alpini nel sistema di emergenza-urgenza attraverso la formazione del personale, la dotazione di defibrillatori semiautomatici e l'implementazione di protocolli di gestione delle emergenze in ambiente montano.

5. **Percorso diagnostico-terapeutico per il melanoma:** PDTA specifico che integra prevenzione primaria, screening dermatologici sul territorio, tele-dermatologia per la valutazione delle lesioni sospette e centralizzazione dei casi confermati presso centri specializzati.
6. **Gestione dell'ictus cerebrale:** ottimizzazione della rete stroke, con implementazione di protocolli di trombolisi preospedaliera, sistemi di tele-radiologia per la diagnosi precoce e percorsi di riabilitazione territoriale post-acuzie.
7. **Monitoraggio da remoto dei neonati critici:** sistemi di telemonitoraggio durante la fase del parto, in particolare nelle gravidanze a rischio, con possibilità di consulenza a distanza con i neonatologi dell'Università di Padova in attesa dell'attivazione delle procedure di trasferimento.
8. **Telemedicina nelle strutture residenziali per anziani:** integrazione delle case di riposo nella rete sanitaria territoriale mediante sistemi di tele-consulto e telemonitoraggio, per la gestione in loco delle problematiche cliniche acute e la riduzione dei trasferimenti inappropriati in ospedale.
9. **Evoluzione del ruolo della farmacia:** implementazione del modello della farmacia dei servizi nelle aree montane, con erogazione di prestazioni di telemedicina, screening preventivi, supporto all'aderenza terapeutica e riconciliazione farmacologica al domicilio del paziente.
10. **Valorizzazione del ruolo dell'infermiere territoriale:** sviluppo della figura dell'infermiere di famiglia e di comunità come elemento centrale dell'assistenza territoriale, con competenze avanzate nella gestione delle cronicità, nella promozione della salute e nel coordinamento dei percorsi assistenziali.

Le iniziative presentate sono il risultato delle riflessioni maturate durante i precedenti eventi della serie «Salute oltre la città», che hanno coinvolto – in gruppi

di lavoro strutturati – oltre 200 professionisti della sanità, rappresentanti delle comunità locali e del volontariato provinciale. Questo approccio partecipativo sottolinea l'importanza di un ampio coinvolgimento nella costruzione dei percorsi di salute, che deve considerare non solo gli aspetti clinico-assistenziali, ma anche i determinanti non sanitari della salute: fattori genetici, comportamenti individuali, condizioni ambientali e contesto socio-economico.

TAVOLA ROTONDA: «SQUADRA CHE VINCE: ISTITUZIONI E VOLONTARIATO IN DIALOGO»

La tavola rotonda ha approfondito il tema della collaborazione intersettoriale tra enti pubblici e organizzazioni di volontariato nella costruzione di un sistema sanitario resiliente e inclusivo. La discussione ha riguardato:

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

SESSIONE SPECIALE: «VERSO I 5 CERCHI» – IL MODELLO ORGANIZZATIVO PER LE OLIMPIADI MILANO-CORTINA 2026

La sessione ha illustrato il modello organizzativo elaborato dall'ULSS 1 Dolomiti, in collaborazione con la Regione Veneto, per garantire l'assistenza sanitaria agli atleti e al pubblico durante le Olimpiadi e Paralimpiadi di Milano-Cortina 2026. L'evento olimpico rappresenta al contempo una sfida organizzativa di rilievo e un'opportunità strategica per il sistema sanitario locale, con riferimento a:

- Il potenziamento delle infrastrutture sanitarie del territorio, con investimenti che produrranno benefici duraturi per la popolazione residente.
- Lo sviluppo di competenze specifiche nella gestione sanitaria di grandi eventi e nell'emergenza-urgenza in ambiente montano.
- L'implementazione di soluzioni innovative destinabili a consolidarsi nel sistema anche dopo la conclusione dell'evento olimpico.

Un focus particolare è stato dedicato al concetto di legacy olimpica, ovvero all'eredità che l'evento lascerà al territorio della Provincia di Belluno. L'auspicio condiviso è che, accanto alla visibilità mediatica e alle ricadute economiche, anche l'organizzazione sanitaria possa beneficiare di nuovi impulsi in termini di infrastrutture, tecnologie, competenze e modelli organizzativi innovativi.

4. ANALISI TRASVERSALE E TEMI RICORRENTI

4.1 PROGRESSIONE METODOLOGICA DEL CICLO

La serie «Salute oltre la città» ha seguito un percorso evolutivo coerente, caratterizzato da una progressione logica e da un approccio sistemico alle problematiche dell'assistenza sanitaria nelle aree montane. Le quattro tappe riflettono un processo metodologico strutturato:

1. **Fase esplorativa-generativa (Feltre):** identificazione delle criticità specifiche e prime elaborazioni di potenziali soluzioni innovative.
2. **Fase analitico-operativa (Pieve di Cadore):** approfondimento di un'area critica specifica con elaborazione di strategie operative concrete.
3. **Fase sistemico-integrativa (Agordo):** ampliamento della prospettiva per includere le dimensioni socio-culturali e comunitarie.

- 4. Fase pragmatico-implementativa (Belluno):** presentazione e analisi delle soluzioni concrete implementate nel territorio, con evidenza del passaggio dalla teoria alla pratica.

4.2 I TRE TEMI GUIDA TRASVERSALI

EQUITÀ MULTIDIMENSIONALE

Il principio di equità è stato declinato lungo tre dimensioni complementari:

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

Questo approccio multidimensionale riflette l'impegno dell'ULSS 1 Dolomiti nel garantire a ogni cittadino, indipendentemente dalla residenza, le stesse opportunità di ricevere cure di qualità e di raggiungere il proprio massimo potenziale di salute.

INNOVAZIONE TECNOLOGICA E ORGANIZZATIVA

L'innovazione è emersa come elemento strategico trasversale per il superamento delle barriere geografiche e logistiche tipiche delle aree montane, nelle sue tre declinazioni principali:

- **Innovazione tecnologica:** con l'implementazione di soluzioni di telemedicina, telemonitoraggio, teleradiologia e più in generale di sanità digitale.

- **Innovazione organizzativa:** con lo sviluppo di modelli assistenziali specifici: infermiere di famiglia e di comunità, farmacia dei servizi, PDTA calibrati sulle specificità locali.
- **Innovazione sociale:** con l'adozione di approcci partecipativi e di co-progettazione che coinvolgono attivamente le comunità locali e le organizzazioni del Terzo settore.

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

COLLABORAZIONE INTERSETTORIALE E PARTECIPAZIONE COMUNITARIA

La collaborazione tra i diversi attori del territorio è stata ripetutamente individuata come fattore critico di successo, articolandosi su quattro livelli:

- **Collaborazione interprofessionale:** tra le diverse figure sanitarie (medici, infermieri, farmacisti, tecnici) per un approccio integrato e multidisciplinare.
- **Collaborazione interistituzionale:** tra ULSS 1 Dolomiti, Comuni, Provincia, Regione e altre istituzioni pubbliche, per il coordinamento delle politiche sanitarie con le politiche di trasporto, servizi sociali e istruzione.
- **Collaborazione pubblico-privato sociale:** tra il sistema sanitario pubblico e le organizzazioni del Terzo settore, per l'integrazione delle risorse formali e informali disponibili nel territorio.
- **Partecipazione comunitaria:** con il coinvolgimento attivo delle comunità locali nella definizione dei bisogni, nella progettazione dei servizi e nella valutazione dei risultati.

5. CONCLUSIONI E PROSPETTIVE FUTURE

La progressione del ciclo di convegni «Salute oltre la città» – dall'analisi dei problemi e delle potenziali soluzioni alla presentazione di iniziative concrete e dei loro impatti – attesta un passaggio significativo dalla fase di ideazione a quella di implementazione, con produzione di risultati tangibili e verificabili.

Le iniziative presentate nel corso del ciclo costituiscono esempi paradigmatici di come sia possibile sviluppare modelli assistenziali innovativi ed efficaci anche in contesti di elevata complessità geografica e demografica, attraverso un approccio sistemico, partecipativo e basato sull'evidenza.

«Questo convegno rappresenta un momento fondamentale per l'ULSS 1 Dolomiti. È la dimostrazione concreta di come l'ascolto delle esigenze del territorio e la collaborazione tra tutti gli attori coinvolti possano portare a soluzioni innovative ed efficaci per garantire il diritto alla salute anche nelle aree più difficili da raggiungere. Le iniziative presentate sono il frutto di un percorso partecipato e riflettono il nostro impegno costante nel migliorare la qualità della vita delle comunità montane.»

Giuseppe Dal Ben, Commissario Straordinario dell'ULSS 1 Dolomiti

In prospettiva, l'esperienza dell'ULSS 1 Dolomiti potrebbe configurarsi come un modello replicabile in altri contesti montani, tanto a livello nazionale quanto internazionale. Le soluzioni sviluppate nel territorio dolomitico possono essere adattate e trasferite in aree caratterizzate da sfide geografiche e demografiche

analoghe, contribuendo alla riduzione delle disuguaglianze sanitarie e al miglioramento della qualità dell'assistenza nelle aree rurali e montane.

L'approccio metodologico adottato nel ciclo di convegni – sistematico, partecipativo, fondato sull'evidenza e orientato all'implementazione – potrà inoltre essere applicato ad altre tematiche sanitarie complesse, fornendo un modello strutturato di analisi, progettazione, implementazione e valutazione.

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