

SALUTE OLTRE LA CITTÀ

SOLUZIONI INNOVATIVE PER LA SANITÀ DI MONTAGNA



FELTRE
Auditorium Istituto Canossiano
Viale Montegrappa, 1



19 GENNAIO 2024
dalle 9.00 alle 17.00



REGIONE DEL VENETO



ULSS1
DOLOMITI

MOTORE 
SANITÀ 
Cure the Future



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

Gruppo DBS-SMAA SRL - Edizioni DBS
Editore e Tipografo

Rasai di Seren del Grappa (BL) - Via Quattro Sassi, 4
Tel. 0439.44360 - info@edizionidbs.it
www.edizionidbs.it

Grafica e stampa: Gruppo DBS-SMAA srl

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

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

ATTI DEL CONVEGNO

SALUTE OLTRE LA CITTÀ

SOLUZIONI INNOVATIVE PER LA SANITÀ DI MONTAGNA



FELTRE
Auditorium Istituto Canossiano
Viale Montegrappa, 1



19 GENNAIO 2024
dalle **9.00** alle **17.00**



CON IL PATROCINIO DI:



FELTRE HOST
BELLUNO
CADORE DOLOMITI
PRIMIERO SAN MARTINO DI CASTROZZA
FELTRE CASTELLO DI ALBOINO



NOTA EDITORIALE

Il presente volume raccoglie gli atti del primo appuntamento del ciclo «Salute Oltre la Città», dedicato all'assistenza territoriale e alla promozione della salute nelle aree montane. Il convegno si è svolto il 19 gennaio 2024 presso l'Auditorium dell'Istituto Canossiano di Feltre.

L'iniziativa ha costituito la tappa inaugurale di un percorso articolato in quattro appuntamenti, finalizzato ad approfondire le criticità e le prospettive della gestione sanitaria nei territori montani. Al convegno di Feltre hanno fatto seguito due laboratori monotematici — a Pieve di Cadore il 10 maggio 2024, dedicato alle patologie tempo-dipendenti, e ad Agordo l'8 novembre 2024, incentrato sull'assistenza territoriale — e il convegno conclusivo di Belluno dell'11 aprile 2025, dedicato alle prospettive legate alle Olimpiadi invernali e al bilancio complessivo dell'intero percorso. Gli atti dei successivi appuntamenti sono oggetto di pubblicazioni dedicate.

Criteri redazionali

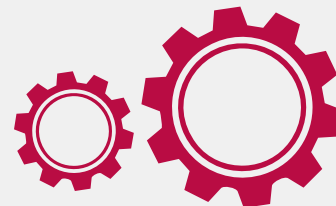
Gli interventi contenuti in questo volume sono stati ricavati dalla trascrizione delle registrazioni audio effettuate durante il convegno e successiva-

mente sottoposti a revisione editoriale al fine di correggere le imperfezioni stilistiche e sintattiche imputabili alla natura orale degli interventi, preservandone integralmente i contenuti. Gli interventi non sono stati revisionati dai relatori.

Il programma pubblicato nelle pagine seguenti riflette gli interventi effettivamente tenuti e qui raccolti. 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 (gennaio 2024) e potrebbero essere stati nel frattempo aggiornati.





RAZIONALE

Oltre le città, nelle cosiddette "aree interne" dove abita un quarto della popolazione italiana, è un mondo di oltre 4000 comuni, fatto di piccole o medie località. Un mondo fatto spesso di località montane, qualcuna turistica, che si anima nei periodi di maggior afflusso, ma dove, comunque, le persone vivono, lavorano, mandano i figli a scuola. È, anche, un mondo dove l'invecchiamento della popolazione è più evidente ed i bisogni assistenziali maggiori.

La Sanità italiana è capillare e raggiunge, magari anche solo con un piccolo presidio, tutte le località abitate, ma la carenza di medici e di personale sanitario sta rendendo sempre più difficoltoso presidiare questi territori marginali in un contesto, soprattutto quello montano dove, per evitare lo spopolamento, è necessario fornire al meglio tutti quei servizi, e quello sanitario in primis, che permettano alle popolazioni residenti di avere le stesse opportunità e la medesima qualità di vita che avrebbero su altri territori. Per le popolazioni che abitano questi territori, l'equità di accesso alle cure è di fondamentale importanza per poter continuare a vivere nelle loro comunità.

La ridefinizione della sanità territoriale, fortemente promossa e incentivata dal PNRR, e le reti di prossimità sembrano essere la risposta più appropriata, ma servono nuovi modelli organizzativi che, a partire dalla ridefinizione del ruolo del medico di medicina generale, arrivino a comprendere tutti i profili e gli strumenti sanitari utili/necessari alla sanità del territorio, quali l'assistenza nell'urgenza-emergenza, l'accesso alle cure ospedaliere, alla specialistica, all'assistenza territoriale, alle farmacie.



Per permettere questo, è necessario individuare modelli organizzativi necessariamente differenti da quelli delle città o dei comuni più facilmente raggiungibili, ma che garantiscano livelli quantitativi e qualitativi dei servizi tali da garantire quell'equità che è diritto costituzionale.

Il costruttivo lavoro comincia raccogliendo la domanda di sanità, espressa e latente, cui è necessario rispondere per favorire il ripopolamento e il rilancio di queste aree, e prosegue alla ricerca dell'**EQUITÀ, di NUOVI MODELLI e di NUOVE PROPOSTE**. Ai lavori parteciperanno sia le figure più istituzionali, preposte alla gestione politica e sociale dei territori coinvolti, sia le figure più tecniche e scientifiche, preposte alla programmazione sanitaria.



9:00	Accreditati - Welcome coffee e saluti delle autorità (O. De Pellegrin; O. Dall'Agnol; S. Capelli; E. Lanzarin)	p.12
9:45	Apertura dei lavori Giuseppe Dal Ben, Commissario Straordinario ULSS 1 Dolomiti	p.19
10:00	1ª SESSIONE: ALLA RICERCA DELL'EQUITÀ MODERA: Pietro Paolo Faronato, Famiglia Feltrina	p.21
	Montagna tra spopolamento e rilancio Diego Cason, Vice Presidente terza commissione consiliare: cultura e servizi sociali Comune di Belluno - Sociologo	p.22
	Dalla Carta di Feltre ad oggi: misurare i costi dell'assistenza in montagna Mauro Bonin, Direttore programmazione e controllo SSR, Regione del Veneto	p.27
	Montagna e sanità pubblica Sandro Cinquetti, Direttore Dipartimento Prevenzione ULSS 1 Dolomiti	p.31
	Organizzare i servizi ospedalieri in aree periferiche - come coniugare eccellenza e prossimità? Francesca Pennucci, Ricercatrice Centro di Ricerca Interdisciplinare Health Science, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa	p.36
	Le reti ospedaliere Marco Cavana, Direttore Unità operativa anestesia e rianimazione - Arco, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Provincia Autonoma di Trento	p.40
	La gestione dell'urgenza-emergenza Paolo Rosi, Direttore UOC Centrale Operativa SUEM 118 Regione del Veneto	p.44
	Imprese e Sanità per il futuro della Montagna Andrea Ferrazzi, Direttore Generale Confindustria Belluno	p.48

11:30 2ª SESSIONE: ALLA RICERCA DI NUOVI MODELLI

MODERA: **Angelo Paolo Dei Tos**, Presidente della Scuola di Medicina dell'Università di Padova

p.52

Cure primarie: quale modello?

Bianca Fraccaro, Segretario Regionale SIMG Veneto; Medico di Medicina Generale, Medicina di Gruppo Integrata di Vigodarzere (PD)

p.53

Un nuovo ruolo per la Medicina Generale?

Giampietro Luisetto, Medico di Medicina Generale, Coordinatore Veneto SICIP

p.57

L'infermiere di Comunità: una nuova opportunità?

Luigi Pais Dei Mori, Presidente OPI Belluno

p.59

PNRR e montagna: quali prospettive? Quale ruolo per le farmacie?

Andrea Bellon, Presidente Federfarma Veneto

p.63

13:00 LIGHT LUNCH

14:30 TAVOLA ROTONDA: ALLA RICERCA DI NUOVE PROPOSTE

MODERA: **Luciano Flor**, già Direttore Generale Area Sanità e Sociale Regione del Veneto

p.67

TERZA SESSIONE: ESPERIENZE A CONFRONTO

Regione Piemonte

Alessandro Stecco, Presidente IV Commissione Sanità Regione Piemonte

p.68

Regione Lombardia

Mario Giovanni Melazzini, Direzione Generale Welfare, Regione Lombardia

p.70

UNCEN

Marco Bussone, Presidente UNCEM, Unione Naz. Comuni Comunità Enti Montani

p.73

Azienda ULSS 1 Dolomiti

Maria Caterina De Marco – Direttore Sanitario, ULSS 1 Dolomiti

p.76

Provincia Autonoma di Bolzano

Gunther Burger, Direttore Dipartimento Salute, Banda larga e Cooperative
Provincia Autonoma Bolzano-Alto Adige

p.80

Provincia Autonoma di Trento

Giancarlo Ruscitti, Direttore Generale Dipartimento Salute e Politiche Sociali -
Provincia Autonoma di Trento

p.82

16:30 CONCLUSIONI E PROPOSTE PER IL FUTURO

Pietro Paolo Faronato, Luciano Flor, Sandro Cinquetti, Giuseppe Dal Ben

p.85

DOCUMENTO DI INDIRIZZO STRATEGICO

p.88

CON IL CONTRIBUTO DI:

EssilorLuxottica

UNIFARCO
— we care for care —



lattebusche



I SALUTI DELLE AUTORITÀ

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

L'incontro odierno si inserisce in un percorso istituzionale avviato nel corso dell'ultimo anno e mezzo attraverso un confronto sistematico con la direzione dell'azienda sanitaria e con l'Assessore regionale competente, la cui presenza costante e disponibilità al dialogo ritengo particolarmente significativa. Quello di oggi è il primo di una serie di incontri che intendiamo organizzare su tutto il territorio provinciale, con l'obiettivo di costruire un quadro conoscitivo condiviso e di raccogliere contributi utili alla programmazione futura.

Il tema della sanità di montagna richiede un approfondimento specifico: le distanze tra le vallate, il calo demografico in atto e la struttura geomorfologica del territorio producono condizioni di erogazione dei servizi che non possono essere assimilate a quelle dei contesti urbani. Il Sistema Sanitario Nazionale attraversa una fase di significativa difficoltà che, in ambiente montano, si manifesta in forma ancora più acuta. Il principio dell'universalità dell'ac-

cesso alle cure impone che la qualità del servizio sia garantita in misura equivalente tanto ai residenti nelle aree urbane quanto a coloro che abitano in montagna; il raggiungimento di questo obiettivo richiede tuttavia soluzioni organizzative e allocative differenziate, calibrate sulle specificità locali.

IL RUOLO DELLA CONFERENZA DEI SINDACI

La Conferenza dei Sindaci occupa in questo processo una posizione istituzionale peculiare: non dispone di competenza diretta sulla programmazione sanitaria, ma rappresenta il presidio territoriale più prossimo ai cittadini e alle comunità locali. Sono i sindaci a raccogliere le segnalazioni delle famiglie e delle associazioni, a intercettare le criticità prima che si consolidino in disfunzioni strutturali, e a tradurre i bisogni diffusi in istanze indirizzabili alle sedi competenti. Questo ruolo di interfaccia tra la comunità e le istituzioni sanitarie e regionali conferisce alla Conferenza una responsabilità specifica: comprendere e condividere le linee strategiche definite dalla Regione e dall'azienda sanitaria, per contribuire alla loro implementazione sul territorio.

Alcune delle criticità che ci troviamo ad affrontare sono già note e in parte considerate nella programmazione regionale vigente. Mi attendo che questo ciclo di incontri possa confermare le ipotesi di lavoro già formulate e, al contempo, far emergere elementi nuovi — esperienze, dati, prospettive locali — capaci di fornire indicazioni utili per le future scelte programmatiche.

SERVIZI ESSENZIALI E CONTRASTO ALLO SPOPOLAMENTO

Esiste una relazione diretta tra la presenza di servizi essenziali e la capacità di un territorio di trattenere la propria popolazione. La sanità, l'istruzione e altri servizi di interesse generale non sono soltanto prestazioni dovute ai cittadini: costituiscono fattori determinanti nelle scelte di residenza delle famiglie. Le comunità montane offrono condizioni ambientali di qualità elevata; tuttavia la carenza di servizi adeguati rappresenta spesso la ragione principale per cui le famiglie scelgono di costruire altrove la propria vita. Contrastare lo spopolamento richiede quindi non solo politiche demografiche in senso stretto, ma anche il mantenimento e il potenziamento di quei servizi di prossimità che rendono concretamente praticabile la scelta di vivere in montagna.

La sanità è tra questi servizi il più rilevante. Garantirne l'accessibilità e l'adeguatezza rispetto alle esigenze attuali e future, con una visione di lungo periodo, costituisce pertanto un obiettivo che trascende la dimensione sanitaria in senso stretto e assume il carattere di una politica di coesione territoriale. È in questa prospettiva che la Conferenza dei Sindaci intende contribuire al percorso avviato, portando al tavolo istituzionale la voce delle comunità che rappresenta.

Oscar Dall'Agnol – *Vice Presidente
della Conferenza dei Sindaci del Feltrino*

La provincia di Belluno è la più estesa della regione veneta e conta una popolazione che si avvicina ai 200.000 abitanti distribuiti su un territorio vasto, caratterizzato da distanze significative tra i centri abitati e da una morfologia che rende strutturalmente più onerosa l'erogazione dei servizi sanitari. Quanto emerso nel corso di questo convegno rispecchia con precisione le criticità che i sindaci del territorio osservano quotidianamente: lo spopolamento della montagna, le difficoltà di accesso ai servizi e la complessità organizzativa di un sistema chiamato a rispondere a bisogni distribuiti su aree geograficamente impegnative.

Il fenomeno dello spopolamento non è esclusivo di questo territorio: interessa l'intero arco alpino e, più in generale, le aree montane del nord Italia. Ciononostante, la Regione Veneto ha dimostrato un'attenzione concreta a queste problematiche, manifestata non soltanto nella presenza istituzionale in occasioni come questa, ma anche nella volontà di promuovere iniziative volte a garantire un'offerta sanitaria adeguata su tutto il territorio regionale. Incontri e convegni di questa natura assolvono una funzione essenziale: consentono ai rappresentanti dei Comuni di acquisire informazioni aggiornate e di contribuire alla costruzione di una conoscenza condivisa tra i diversi livelli istituzionali.

LA QUESTIONE DEL PERSONALE SANITARIO

Una criticità che richiede trattazione esplicita riguarda il personale sanitario. Le strutture del territorio versano in una condizione di significativa difficoltà sotto il profilo delle risorse umane: il personale è sottoposto a carichi di lavoro che ne mettono a dura prova la tenuta. La fase emergenziale legata alla pandemia da Covid-19 ha aggravato una situazione già fragile e, sebbene si sia usciti dalla fase più acuta, le condizioni operative non hanno ancora

raggiunto un livello di normalità sostenibile. Questa fragilità strutturale del capitale umano rappresenta forse la più urgente delle questioni da affrontare nella programmazione futura del sistema sanitario di area montana.

IL RUOLO DEL VOLONTARIATO E DEL TERZO SETTORE

In questo contesto, il contributo delle associazioni di volontariato e degli operatori del terzo settore ha assunto un rilievo crescente a supporto delle strutture ospedaliere del territorio. L'ospedale di Feltre, in particolare, è percepito dalla comunità locale come un presidio identitario oltre che sanitario: un riferimento attorno al quale si è costruito nel tempo un senso di appartenenza che si traduce in forme concrete di partecipazione civica. Preservare e valorizzare questo legame tra comunità e struttura sanitaria costituisce una risorsa che la programmazione istituzionale dovrebbe riconoscere e sostenere.

Stefano Capelli – *Presidente dell'Ordine dei Medici della Provincia di Belluno*

A metà degli anni Novanta, nell'ambito di un corso di formazione sulla legislazione sanitaria vigente, emerse per la prima volta in modo

esplicito la questione delle aree disagiate dello Stato. Un decreto ministeriale dell'epoca aveva avviato un percorso di riconoscimento e tutela per le zone montane e le isole minori, identificandole come contesti che richiedevano un trattamento differenziato rispetto alle aree urbane e di pianura. A distanza di trent'anni, ci troviamo a riprendere quel filo in un contesto che ha nel frattempo accumulato criticità strutturali di ben altra portata.

La provincia di Belluno rappresenta un caso emblematico di area periferica disagiata: estesa, a bassa densità abitativa e in ulteriore calo demografico. Le problematiche che oggi il suo sistema sanitario è chiamato ad affrontare — carenza di personale, difficoltà organizzative, frammentazione territoriale dell'offerta — non sono fenomeni recenti, ma il prodotto di dinamiche evolutive protratte nel tempo e non adeguatamente contrastate. È probabilmente giunto il momento di intervenire a livello sistemico, coordinando l'azione della Regione e dei soggetti locali, ciascuno secondo le proprie competenze e possibilità.

IL PROBLEMA DELL'ATTRATTIVITÀ PER GLI OPERATORI SANITARI

Una trasformazione radicale ha caratterizzato

il mercato del lavoro sanitario in questo territorio nel corso degli ultimi decenni. All'epoca del mio arrivo in provincia esisteva un eccesso di offerta: i professionisti sanitari erano disponibili in numero superiore ai posti disponibili. La situazione attuale è esattamente inversa. I giovani colleghi tendono a privilegiare contesti lavorativi geograficamente prossimi alle sedi di formazione e organizzativamente meno complessi rispetto a quelli offerti dalle aree montane periferiche.

Questa tendenza non è irrazionale: riflette scelte individuali comprensibili alla luce delle condizioni oggettive. Tuttavia, le sue conseguenze sul sistema sanitario territoriale sono gravi e richiedono una risposta strutturata. Tra gli strumenti disponibili meritano attenzione specifica le cosiddette utility e benefit destinati agli operatori sanitari che scelgono di esercitare in aree disagiate — misure incentivanti che agiscono sulle zone ancora modificabili del quadro normativo e contrattuale vigente e che potrebbero contribuire a rendere più competitiva l'offerta lavorativa di questi territori.

LA NECESSITÀ DI UN APPROCCIO SISTEMICO E CONTINUATIVO

Iniziative come quella odierna hanno un valore

che va oltre il singolo evento, a condizione che si inseriscano in un percorso strutturato e continuativo. Il contributo che convegni di questo tipo possono offrire alla riorganizzazione del servizio sanitario nelle aree disagiate dipende in larga misura dalla capacità di coordinarsi con realtà territoriali analoghe, di costruire una rete di confronto stabile e di tradurre le analisi condotte in indicazioni operative per i livelli decisionali competenti. La frammentazione degli interventi rischia altrimenti di disperdere un patrimonio di conoscenza e di esperienza che, opportunamente valorizzato, potrebbe invece contribuire in modo significativo alla ristrutturazione del Servizio Sanitario Nazionale nelle sue componenti periferiche.

Emanuela Lanzarin – *Assessore alla Sanità e al Sociale, Regione Veneto*

Il sistema sanitario dell'ULSS 1 Dolomiti esprime una vocazione sociosanitaria che rappresenta un elemento di eccellenza per la Regione Veneto. La partecipazione ampia e trasversale che caratterizza questo convegno — con la presenza congiunta della componente istituzionale regionale, della direzione aziendale, delle amministrazioni comunali e della comunità —

testimonia quanto il tema sia avvertito come prioritario e quanto sia diffusa la consapevolezza della sua rilevanza.

La difficoltà dei sistemi sanitari non è una specificità di questa provincia né delle aree montane in generale: è una condizione che interessa oggi l'intero sistema sanitario nazionale e, più ampiamente, i sistemi sanitari occidentali. A determinarla concorrono diversi fattori: l'evoluzione strutturale dei modelli organizzativi, gli effetti prolungati dell'emergenza pandemica da Covid-19 — i cui strascichi sono ancora presenti — e le ripercussioni che l'instabilità geopolitica degli ultimi anni ha prodotto sulla programmazione sanitaria. In questo quadro, le aree di montagna subiscono in forma amplificata criticità già presenti altrove, a causa della loro struttura demografica, geografica e organizzativa.

LA CARENZA DI CAPITALE UMANO COME PRIORITÀ SISTEMICA

Il tema centrale che questo convegno è chiamato ad affrontare è la carenza di personale sanitario, una criticità particolarmente acuta nelle zone montane. L'investimento continuo in attrezzature e tecnologie di avanguardia — che la Regione e l'ULSS 1 Dolomiti hanno so-

stenuto con impegno — perde parte della sua efficacia in assenza della componente essenziale del sistema: il capitale umano. Senza un numero adeguato di professionisti sanitari, le risorse strumentali disponibili non possono essere pienamente valorizzate.

Occorre pertanto affrontare con urgenza la questione della riorganizzazione dei sistemi, in modo da rendere le aree periferiche competitive nell'attrazione e nel trattenimento di personale qualificato. È necessario in questo contesto ampliare lo sguardo oltre la figura medica: la carenza di personale infermieristico e di operatori sociosanitari rappresenta la sfida più rilevante per il sistema nei prossimi anni, e su di essa occorre investire con la stessa attenzione riservata alla medicina.

LE SFIDE DEMOGRAFICHE E EPIDEMIOLOGICHE DEL TERRITORIO

Le caratteristiche della popolazione servita dall'ULSS 1 Dolomiti pongono sfide specifiche che la programmazione sanitaria deve saper intercettare. Lo spopolamento, la denatalità e il progressivo invecchiamento della popolazione determinano un profilo epidemiologico dominato dalla cronicità e dalla multimorbidità. Una popolazione sempre più anziana e affet-

ta da patologie croniche richiede un modello assistenziale integrato, che superi la centralità dell'ospedale per acuti e si strutturi attorno alla medicina territoriale e di prossimità.

Questa transizione è già in corso: la programmazione dettata dal PNRR e il potenziamento del territorio si muovono esattamente in questa direzione, attraverso la ristrutturazione della medicina territoriale, l'attivazione delle case di comunità, degli ospedali di comunità e delle centrali operative territoriali. Il Veneto parte da una posizione di vantaggio: le aziende sanitarie regionali sono storicamente unità locali sociosanitarie, e l'integrazione tra ospedale e territorio ha sempre rappresentato un punto di eccellenza del sistema. Su questa base occorre oggi investire ulteriormente, rafforzando la medicina di prossimità e le strutture socio-sanitarie collaterali a quelle ospedaliere, con figure professionali territoriali specificamente dedicate al raccordo tra i diversi livelli dell'assistenza.

IL RUOLO DELLA TECNOLOGIA NELLA NUOVA ORGANIZZAZIONE

La trasformazione del sistema sanitario nelle aree montane non può prescindere dall'integrazione delle tecnologie digitali nell'organizza-

zione dei servizi. Telemedicina, teleconsulto, telemonitoraggio e telecontrollo rappresentano strumenti che consentono di superare, almeno parzialmente, i vincoli geografici che caratterizzano questi territori, avvicinando il paziente alle competenze specialistiche e riducendo la necessità di spostamenti su distanze significative. Questi strumenti non sostituiscono la presenza fisica del professionista sanitario, ma la integrano in modo funzionale, ampliando la capacità di risposta del sistema senza un proporzionale incremento dei costi.

UN'ALLEANZA ISTITUZIONALE COME CONDIZIONE PER IL CAMBIAMENTO

La consapevolezza condivisa della situazione attuale e la qualità dell'alleanza istituzionale che questo percorso esprime costituiscono le premesse necessarie per affrontare le difficoltà del momento. Il confronto avviato oggi a Feltre, destinato a proseguire fino alla sessione conclusiva di Belluno, rappresenta non un evento isolato ma il primo passo di un percorso strutturato, che dovrà tradursi in scelte organizzative concrete e in una programmazione capace di rispondere alle specificità di questo territorio.



APERTURA DEI LAVORI

Giuseppe Dal Ben – *Commissario straordinario
ULSS 1 Dolomiti*

Il percorso che questo convegno inaugura ha avuto un'origine dal basso. L'impulso iniziale è venuto dagli incontri con le associazioni di volontariato presenti sul territorio feltrino — tra cui Manoamica, Il Filo di Arianna, La Famiglia Feltrina, il Lions Club e il Rotary Club — durante i quali è emerso un documento redatto venticinque anni fa che conserva una rilevanza del tutto attuale. Dal confronto con il mondo associativo è scaturito un interesse condiviso a riprendere e riattualizzare quel testo, interesse che si è progressivamente esteso alle amministrazioni comunali del territorio.

Il convegno si colloca quindi in corrispondenza di due anniversari di particolare significato: i venticinque anni dalla Carta di Feltre e i quarantacinque anni dalla nascita del Servizio Sanitario Nazionale, istituito il 23 dicembre 1978. Queste due ricorrenze hanno motivato la progettazione di un percorso strutturato di confronto e riflessione sullo stato del sistema sanitario nelle aree montane.

L'OBIETTIVO FONDAMENTALE: L'EQUITÀ SANITARIA NELLE REALTÀ SPECIALI

Il filo conduttore del percorso è il principio dell'equità, uno dei fondamenti del Servizio Sanitario Nazionale. L'obiettivo è valutare se, nei territori montani, si stia effettivamente sviluppando un'organizzazione sanitaria che consenta a ciascun cittadino di esprimere il massimo potenziale della propria salute, ricevendo i servizi ai quali ha diritto indipendentemente dal luogo di residenza, in condizioni di sostanziale parità rispetto agli altri cittadini.

Il riferimento alle cosiddette aree interne viene qui deliberatamente superato in favore di una denominazione alternativa: quella di «realità speciali». Le Dolomiti presentano specificità rilevanti sotto molteplici profili — ambientale, demografico, infrastrutturale — e questa specialità si riflette anche sul piano sanitario. Ragionare in termini di equità per queste realtà non è un obiettivo semplice da raggiungere, ma è un obiettivo necessario e non rinviabile. La percezione diffusa di abbandono e isolamento che ho riscontrato al mio arrivo nell'ULSS 1 Dolomiti non corrisponde integralmente alla realtà: esistono risposte concrete per le aree

montane, anche da parte della programmazione regionale. Il punto di partenza non è quindi una diagnosi di fallimento, ma una valutazione equilibrata di quanto già realizzato, dalla quale sviluppare percorsi innovativi e sperimentali capaci di migliorare ulteriormente la risposta sanitaria al cittadino.

STRUTTURA DEL CONVEGNO

Il convegno si articola in tre sessioni tematiche. La prima è dedicata al tema dell'equità nei sistemi sanitari, con un approfondimento specifico sulle condizioni di equità nelle realtà montane. La seconda sessione affronta la ricerca di nuovi modelli organizzativi, con l'obiettivo di identificare gli orizzonti futuri del settore. La terza sessione pomeridiana, alla quale è stata riservata una particolare attenzione progettuale, si interroga se la realtà dolomitica costituisca un caso isolato o se esistano, in Italia e all'estero, contesti analoghi dai quali trarre insegnamenti. Il confronto con la Provincia Autonoma di Bolzano, la Provincia Autonoma di Trento, la Lombardia e il Piemonte consentirà di posizionare il Veneto rispetto alle soluzioni organizzative adottate in altri territori, con l'intenzione di estendere negli anni futuri questo confronto alle nazioni confinanti — Austria, Francia e Svizzera.

IL PERCORSO PROGRAMMATO: LABORATORI E APPUNTAMENTI FUTURI

Il convegno odierno costituisce la cornice iniziale di un cammino destinato a proseguire nel corso dell'anno e, auspicabilmente, negli anni successivi. Tra la sessione odierna e l'appuntamento conclusivo previsto a Belluno sono stati progettati due laboratori monotematici, i cui temi emergeranno dalle discussioni di oggi: il primo si terrà a Pieve di Cadore in primavera, il secondo ad Agordo in autunno. I risultati di questi laboratori confluiranno nel convegno conclusivo di Belluno per alimentare il percorso del 2025.

Il confronto deve mantenere un carattere permanente e dinamico, adattandosi all'evoluzione delle problematiche in campo. L'obiettivo finale è proporre soluzioni concrete e praticabili a chi è chiamato a programmare e organizzare il sistema sanitario montano, tenendo conto dei contesti specifici in cui questo opera. La partecipazione attiva di tutti i soggetti coinvolti — istituzionale, professionale e civica — è condizione necessaria affinché questo percorso produca risultati tangibili.

PRIMA SESSIONE ALLA RICERCA DELL'EQUITÀ

| Moderatore: *Pietro Paolo Faronato*

Il Servizio Sanitario Nazionale — insieme di professionisti, regole e strutture nato per dare piena attuazione all'articolo della Costituzione che garantisce la salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività — compie quarantacinque anni. In questo arco di tempo i risultati conseguiti presentano luci e ombre: un bilancio che merita di essere affrontato con onestà intellettuale, senza indulgere né in una lettura trionfale né in una di puro declino.

TRE LIVELLI DI EQUITÀ: UNA GERARCHIA DI COMPLESSITÀ CRESCENTE

Ragionare di servizio universale implica ragionare di equità. In ambito sanitario è possibile distinguere almeno tre livelli, ciascuno caratterizzato da un grado di complessità crescente. Il primo livello riguarda l'equità delle risorse: ogni cittadino e ogni territorio devono disporre di risorse proporzionali ai propri bisogni. Si

tratta del livello più accessibile sul piano della misurazione e dell'intervento politico.

Il secondo livello riguarda l'equità delle prestazioni e l'efficienza dei sistemi: la capacità, cioè, di trasformare le risorse disponibili in servizi effettivamente erogati, con standard qualitativi omogenei sul territorio.

Il terzo livello — e il più complesso — riguarda l'equità nei risultati di salute. Chi si occupa di sanità pubblica sa che il rapporto tra prestazioni sanitarie e esiti di salute non è lineare: la salute è il prodotto di una molteplicità di determinanti che trascendono la sfera delle cure mediche in senso stretto. Raggiungere l'equità nei risultati di salute è la vera sfida, e su questo livello si concentra la riflessione della presente sessione.

LA DOMANDA DI FONDO: LA PROVINCIA DI BELLUNO È DAVVERO DIFFERENTE?

L'obiettivo di questa sessione è identificare quali siano, nei territori montani della provincia di Belluno, i fattori che rendono struttural-

mente difficile garantire quei risultati di salute che consentano a ciascun cittadino di esprimere il proprio pieno potenziale nel corso della vita. La domanda che si pone all'analisi sociologica e demografica è diretta: la provincia di Belluno presenta caratteristiche genuinamente differenti rispetto agli altri territori? E se sì, in cosa consiste questa differenza e quali implicazioni produce sul piano della programmazione sanitaria?

MONTAGNA FRA SPOPOLAMENTO E RILANCIO

| Diego Cason – Sociologo

L'analisi delle aree periferiche richiede anzitutto una corretta contestualizzazione. I fenomeni che caratterizzano la provincia di Belluno non sono eccentrici rispetto alle tendenze nazionali e regionali: appartengono a una traiettoria ampiamente documentata nelle realtà occidentali. Ciò che distingue questo territorio non è la natura dei processi in atto, bensì la loro intensità: le dinamiche negative risultano qui più accentuate di quanto non si registri nei territori circostanti, mentre le evoluzioni positive faticano a raggiungere i medesimi livelli conseguiti altrove. Questa asimmetria strutturale costituisce il

punto di partenza di qualsiasi riflessione seria sulle politiche di rilancio delle aree montane.

IL CAMBIAMENTO DEMOGRAFICO E LA LOGICA DELLA «GRANDE NAVE»

Nelle ricerche degli ultimi vent'anni mi sono occupato prevalentemente delle dinamiche evolutive delle aree periferiche venete. La svolta nelle tendenze demografiche della provincia di Belluno è collocabile attorno al 2010-2011, in coincidenza con la crisi sistemica del tessuto produttivo locale. Sebbene il calo della popolazione residente fosse già in corso in precedenza, è da quella data che il fenomeno ha acquisito una rilevanza difficilmente reversibile nel breve periodo. Chi utilizza la demografia per programmare interventi futuri deve fare i conti con una caratteristica intrinseca di questa disciplina: l'impossibilità di modificarne le traiettorie con manovre dell'ultimo momento. La demografia si comporta come una grande nave portacontainer — non può virare istantaneamente; per raggiungere il porto nella direzione desiderata occorre pianificare la manovra con largo anticipo. Se si vuole che la realtà del 2040 assuma una configurazione diversa da quella oggi proiettata, le scelte devono essere compiute ora, con vent'anni di anticipo. Questa

consapevolezza non è nuova: la riduzione degli attivi e la carenza di giovani erano già prevedibili nel 1994 e ampiamente documentate dalla demografia veneta. Le proiezioni ISTAT e di altri istituti demografici consentono già oggi di stimare con buona approssimazione la composizione della popolazione provinciale al 2050: si prevede una perdita di almeno 30.000 residenti entro il 2070, mantenendo invariate le tendenze attuali. Il problema strutturale risiede nell'incompatibilità tra i tempi lunghi della demografia e i tempi brevi della politica contemporanea, orientata alla gestione delle emergenze immediate e priva degli strumenti — e spesso della volontà — necessari per assumere decisioni a orizzonte pluridecennale.

LA DIMENSIONE DI GENERE NEL DECLINO DEMOGRAFICO

Il calo della popolazione investe entrambi i generi, ma con intensità marcatamente differente. Nell'ultimo decennio, la riduzione della componente femminile è stata circa doppia rispetto a quella maschile: le donne hanno registrato un calo dell'8% contro il 4% degli uomini. Questo squilibrio non è privo di spiegazioni socioeconomiche. La provincia di Belluno presenta tassi di occupazione femminile tra i

più elevati a livello nazionale — stabilmente sopra il 65%, tanto nel lavoro dipendente quanto in quello autonomo. Le donne con percorsi di alta formazione hanno mostrato una maggiore propensione alla mobilità, scegliendo con più frequenza e più rapidità di costruire altrove le proprie traiettorie professionali e di vita.

Il fenomeno migratorio in uscita interessa in particolare i giovani ad alta qualificazione — laureati, titolari di dottorati e master. Si tratta di un paradosso sistemico: il Paese investe circa 8.000 euro per persona all'anno nel sistema formativo, fornisce questo investimento per quindici anni e poi cede gratuitamente il capitale umano così prodotto ai competitor internazionali. La perdita non è solo demografica, ma anche economica e culturale.

IL CONFRONTO TERRITORIALE E LA NATURA GLOBALE DEL FENOMENO

L'analisi delle variazioni percentuali di popolazione dal 2000 al 2023 nel confronto tra Italia, Veneto e provincia di Belluno evidenzia una costante: quando le condizioni generali migliorano, Belluno migliora meno degli altri; quando peggiorano, peggiora di più. Questa vulnerabilità strutturale non è però esclusiva delle aree montane. Un territorio come la pro-

vincia di Rovigo, privo del fattore altimetrico, ha perso nell'ultimo trentennio una quota proporzionalmente maggiore di residenti — circa l'8% contro il 5% di Belluno — a conferma che il problema del declino demografico periferico trascende la specificità montana e appartiene a una dinamica più ampia.

Dal 2016 la popolazione mondiale è prevalentemente concentrata in aree urbane, e il processo di abbandono delle zone rurali e periferiche ha acquisito caratteri strutturali. L'agglomerazione rappresenta un vantaggio competitivo tanto per gli investimenti privati quanto per l'erogazione di servizi pubblici: dove la densità di consumatori e produttori è elevata, i costi unitari si riducono e i rendimenti aumentano. Le aree a bassa densità si trovano in una posizione di svantaggio sistemico che nessuna politica locale può compensare integralmente.

IL RUOLO DELL'IMMIGRAZIONE: UNA RISORSA PARZIALE E FRAGILE

La dinamica dei residenti stranieri nella provincia merita un'analisi attenta, al di là delle semplificazioni che spesso ne hanno distorto la lettura pubblica. Negli ultimi vent'anni la provincia ha perso 13.000 residenti italiani. Senza il contributo dell'immigrazione — prevalen-

temente interna all'Unione Europea, con una componente extracomunitaria contenuta — la perdita avrebbe raggiunto i 24.000 residenti. La presenza straniera ha quindi svolto una funzione di ammortizzatore demografico di rilievo, anche se spesso non riconosciuta come tale.

I flussi migratori si distribuiscono per funzione: la componente femminile risponde principalmente alla domanda di lavoro di cura generata dall'invecchiamento della popolazione, integrandosi nel sistema sociosanitario; quella maschile colma i deficit di manodopera nelle produzioni manifatturiere. In assenza di questa infrastruttura produttiva, capace di attrarre e trattenere lavoratori stranieri, il declino avrebbe avuto caratteri ancora più marcati.

Sarebbe tuttavia un errore considerare l'immigrazione una soluzione strutturale al problema demografico. Nel volgere di circa un decennio, una cittadina straniera tende ad adottare i comportamenti riproduttivi del territorio ospitante, riducendo progressivamente il differenziale di natalità rispetto alla popolazione autoctona. Il saldo migratorio, che in passato aveva parzialmente compensato il saldo naturale negativo, è in riduzione anche per la concorrenza di altre aree geografiche più attrattive. La vera risposta strutturale sarebbe la capacità di attrarre atti-

vi già formati: i bambini impiegano vent'anni o più — a seconda del livello di istruzione — prima di diventare forza lavoro.

I DUE MOTORI DELL'EVOLUZIONE DEMOGRAFICA

L'evoluzione di una comunità è governata da due variabili fondamentali. Il saldo naturale dipende dall'equilibrio tra nati e morti: in provincia di Belluno è negativo ininterrottamente dal 1994, anno in cui la natalità ha toccato il suo minimo storico. Con un tasso di fecondità di 1,2 figli per donna, le dinamiche riproduttive risultano strutturalmente insufficienti al ricambio generazionale. Sostenere la natalità in un contesto in cui oltre il 65% delle donne è occupata richiede politiche concrete di redistribuzione del carico di cura familiare e una rete efficace di servizi per le famiglie: in assenza di questi presupposti, l'incentivo alla natalità rimane una misura simbolica priva di effetti reali.

Il saldo migratorio è teoricamente più modificabile nel breve periodo, ma presenta rischi opposti: una politica di apertura indiscriminata non garantisce l'inserimento di profili adeguati ai fabbisogni del territorio, mentre una chiusura totale accelera il declino. La soluzione risiede in una politica di attrazione selettiva,

orientata a profili specifici e coerente con la struttura produttiva locale. Il Veneto ha storicamente tratto forza proprio dalla capacità di integrare comunità diverse: questa apertura non è un'anomalia, ma un tratto costitutivo della sua identità economica e culturale.

LA STRUTTURA PER ETÀ E LE SUE IMPLICAZIONI

La distribuzione per età della popolazione provinciale presenta uno squilibrio marcato rispetto alla media regionale e nazionale. Confrontando il 2023 con il 2001, si osserva una drastica riduzione della fascia sotto i 10 anni, la mancanza di circa 30.000 persone nella fascia 18-60 anni — quella degli attivi — e un aumento consistente della popolazione anziana. La componente straniera contribuisce a contenere questo squilibrio, essendo composta prevalentemente da individui giovani e in età lavorativa, con tassi di mortalità ridotti poiché la migrazione seleziona generalmente individui in buona salute. Ogni 100 persone residenti in provincia, 63 risultano non attive: sostenere finanziariamente questo rapporto attraverso la sola componente lavorativa della popolazione costituisce una sfida di sistema che chiama in causa sia le politiche previdenziali che quelle di welfare.

LA SFIDA DELLA STAGIONALITÀ TURISTICA PER IL SISTEMA SANITARIO

La provincia di Belluno presenta una caratteristica ulteriore, spesso sottovalutata nell'analisi dei bisogni sanitari: a fronte di circa 198.000 residenti, accoglie ogni anno circa 900.000 arrivi e 3 milioni di presenze turistiche. Questo pulsare stagionale impone al sistema sanitario locale di dimensionarsi non solo sulla popolazione stabile, ma anche su picchi di presenza concentrati in periodi limitati dell'anno, con un'elevata incidenza di traumi da attività montane e di emergenze che colpiscono fasce d'età anziane.

Costruire un sistema in grado di rispondere a questa doppia domanda — quella della popolazione residente e quella dei flussi turistici — richiede una progettazione modulare e flessibile, che inevitabilmente comporta costi superiori rispetto a un sistema dimensionato su una domanda stabile. Dal punto di vista quantitativo, la provincia riceve una quota di risorse proporzionata alla sua popolazione — il 4,2% del totale regionale — ma applicare le medesime regole distributive a realtà strutturalmente diverse produce di fatto una disparità. È questo il senso autentico del concetto di equità nelle politiche sanitarie di area montana: non parità di risorse, ma adeguatezza della risposta ai bisogni.

LE FRATTURE SOCIALI E LE DOMANDE DI SENSO

Tre questioni di fondo attraversano tutte le analisi demografiche e sociali qui presentate. La prima riguarda la trasformazione dell'orizzonte culturale: per decenni la prospettiva del miglioramento progressivo ha sostenuto la coesione sociale e la disponibilità al cambiamento. Questa certezza non è più disponibile. Operare in condizioni di declino — lavorando non per costruire il meglio, ma per evitare il peggio — richiede una diversa attitudine collettiva, che deve essere consapevolmente coltivata.

La seconda questione riguarda l'atteggiamento delle comunità periferiche di fronte alle proprie difficoltà. Un atteggiamento di attesa passiva, nella speranza che risorse o soluzioni giungano dall'esterno, non è compatibile con le dinamiche in corso. Come evidenziato dalle ricerche del Censis, si registra una tendenza al ripiegamento individuale e comunitario, a un'ostilità diffusa verso il cambiamento e a una nostalgia per un passato spesso mitizzato. La terza questione riguarda la tenuta del patto sociale. I due pilastri del welfare italiano — il sistema previdenziale e quello sociosanitario — sono sostenibili solo in presenza di una comunità che condivida un progetto collettivo orientato al futuro. In assenza di

un'utopia positiva — intesa non come illusione, ma come desiderio attivo di migliorare le condizioni di vita proprie e altrui — diventa progressivamente più difficile mantenere la coesione necessaria a sostenere questi sistemi.

| Moderatore

Dall'analisi presentata emerge un elemento che merita di essere valorizzato in chiave propositiva. La traiettoria demografica della provincia di Belluno corre parallela a quella nazionale, anticipandola di circa dieci anni. Ciò significa che i problemi demografici che oggi caratterizzano questo territorio sono quelli che l'Italia nel suo complesso si troverà ad affrontare nel prossimo decennio. Questa posizione di anticipazione, pur nella sua drammaticità, offre una finestra temporale preziosa: disponiamo di dieci anni per fare di questo territorio un laboratorio di sperimentazione capace di elaborare e testare modelli per governare il declino demografico prima che esso si manifesti con piena intensità su scala nazionale.

LA CARTA DI FELTRE A VENTICINQUE ANNI DALLA SUA ADOZIONE

Il convegno si svolge in un anno di ricorrenza

significativa: sono trascorsi venticinque anni dall'adozione della Carta di Feltre, il primo — e, a quanto risulta, ancora unico — documento nazionale che abbia riconosciuto esplicitamente la specificità dei territori montani in ambito sanitario e che abbia fornito indicazioni alle regioni per intervenire attraverso due strumenti distinti: una pianificazione differenziata, calibrata sulle caratteristiche di queste zone, e il riconoscimento della maggiore onerosità che la produzione di salute in contesti montani comporta rispetto alle aree urbane e pianeggianti. A venticinque anni dalla sua adozione, si pone la questione di verificare in quale misura la Carta di Feltre sia stata applicata, quali indirizzi siano stati recepiti dalla programmazione regionale e come essa possa essere resa coerente con il mutato contesto demografico, epidemiologico e organizzativo del sistema sanitario attuale.

DALLA CARTA DI FELTRE A OGGI: MISURARE I COSTI DELL'ASSISTENZA IN MONTAGNA

Mauro Bonin – *Direttore Programmazione e Controllo SSR, Regione del Veneto*

Il compito principale di chi si occupa di pro-

grammazione sanitaria consiste nel mantenere l'equilibrio economico del sistema. Questo intervento si propone di fornire un quadro della situazione attuale e di delineare i vincoli che condizionano la costruzione del futuro del sistema sanitario nelle aree montane, con particolare riferimento all'ULSS 1 Dolomiti.

IL QUADRO DEMOGRAFICO COME PREMESSA ALLA PROGRAMMAZIONE

I dati demografici già illustrati nel corso di questo convegno confermano un trend di decremento che interessa tutti i territori veneti, con Belluno in posizione di particolare sofferenza rispetto alla dinamica regionale complessiva. Le proiezioni ISTAT indicano che questa condizione è destinata ad aggravarsi nei prossimi anni. Per chi si occupa di programmazione, l'ottica retrospettiva offre un contributo limitato: ciò che è necessario conoscere è la direzione verso cui ci si sta dirigendo, e le proiezioni disponibili delineano uno scenario che deve essere tenuto presente con la necessaria lucidità.

LA QUESTIONE ECONOMICA: UNA FORBICE IN ALLARGAMENTO

Prima della fase emergenziale legata alla pandemia da Covid-19 — che negli anni 2020 e

2021 ha alterato tutti i parametri di riferimento — la situazione economica dell'ULSS 1 Dolomiti era sostanzialmente sotto controllo, con un allineamento tra la crescita del fondo sanitario regionale e quella dei costi aziendali. Dal 2022 si è manifestata una forbice crescente, non esclusiva di questo territorio: le risorse finanziarie disponibili crescono a un ritmo inferiore rispetto ai costi di produzione, e questa forbice tende ad allargarsi progressivamente. Le opzioni disponibili per riportare il sistema in equilibrio sono due, non necessariamente alternative: la riduzione dei costi e l'incremento delle risorse.

I CONTI DEGLI OSPEDALI DELL'ULSS 1 DOLOMITI

Il quadro economico dei presidi ospedalieri dell'azienda evidenzia con chiarezza la dimensione strutturale del problema. L'ospedale San Martino di Belluno produce attività per 78 milioni di euro e registra una perdita di 45 milioni. L'ospedale di Feltre produce attività per 74 milioni di euro con una perdita di 22 milioni. I presidi minori presentano perdite proporzionalmente contenute: l'ospedale di Pieve di Cadore produce 15 milioni di euro di attività con una perdita di circa 5 milioni; l'ospedale di

Agordo produce 12 milioni con una perdita di 3 milioni; l'ospedale di Lamon, specializzato in riabilitazione, produce 2,5 milioni di euro di attività con una perdita di 1,3 milioni. Questo è il quadro con cui la programmazione è chiamata a confrontarsi.

IL SISTEMA DI FINANZIAMENTO REGIONALE E I CORRETTIVI TERRITORIALI

Le risorse statali, definite dal fabbisogno sanitario nazionale standard, vengono ripartite alle regioni secondo un meccanismo articolato. Le regioni virtuose — come il Veneto — beneficiano di una premialità aggiuntiva che consente di ampliare le risorse destinate ai servizi sanitari. Una quota del fondo sanitario regionale viene gestita centralmente attraverso Azienda Zero per servizi comuni a tutte le aziende sanitarie; il resto viene ripartito alle aziende, in parte con finanziamenti a funzione indipendenti dalla popolazione, in parte su base capitaria ponderata per attività e composizione demografica. Il criterio capitario presuppone una sostanziale omogeneità dei bisogni tra i cittadini, un'assunzione che non tiene conto delle specificità di certi territori. In assenza di correttivi, l'ULSS 1 Dolomiti — disponendo del 4% della popolazione veneta — riceverebbe il 4% del fondo

sanitario regionale, indipendentemente dalle caratteristiche geografiche, demografiche e organizzative che la distinguono dagli altri contesti.

Il sistema regionale applica tre correttivi specifici. Il primo, introdotto dalla legge statutaria regionale del 2012, riconosce le specificità delle comunità del Veneto: all'ULSS 1 Dolomiti vengono erogati 8 milioni di euro annui a titolo di finanziamento integrativo per la dispersione territoriale dei servizi distrettuali. Il secondo correttivo riguarda i cosiddetti costi non evitabili, ossia i costi che non dipendono dalle scelte gestionali dell'azienda ma dalla configurazione del sistema prevista dalla programmazione: l'ULSS 1 Dolomiti presenta un eccesso di offerta di 230 posti letto rispetto alla media regionale a parità di territorio e popolazione, giustificato dalla necessità di mantenere più presidi distribuiti sul territorio; questo eccesso viene valorizzato e finanziato per 26 milioni di euro annui. Il terzo correttivo compensa il trend demografico negativo: i territori che perdono popolazione più rapidamente sono strutturalmente penalizzati, poiché la perdita di residenti riduce il finanziamento capitario mentre i costi fissi rimangono sostanzialmente invariati; il correttivo ammortizza questo effet-

to distribuendo su più anni il calo della quota di finanziamento. Complessivamente, i tre correttivi determinano per l'ULSS 1 Dolomiti un incremento del 15% rispetto alla quota capitaria corrispondente alla media veneta.

LE PROSPETTIVE NAZIONALI DI FINANZIAMENTO

Il quadro del finanziamento nazionale della spesa sanitaria è di rilievo decisivo per qualsiasi ragionamento prospettico. La percentuale della spesa sanitaria pubblica sul PIL ha seguito un andamento oscillante: cresciuta dal 5,5% fino a raggiungere il 7% — allineandosi ai livelli medi europei — ha poi avviato dal 2010 un percorso di contrazione, interrotto temporaneamente dal picco pandemico, per riprendere successivamente la traiettoria discendente. Le previsioni indicano un calo fino al 2026, con il valore che si avvicina al 6% del PIL. Questo significa un divario del 30-50% rispetto al finanziamento medio dei sistemi sanitari pubblici di paesi come Francia e Germania, avvicinandosi invece ai livelli di Grecia, Portogallo e Spagna. A parità di esigenze assistenziali, un portafoglio finanziario significativamente ridotto non consente di garantire gli stessi livelli di servizio.

CONCLUSIONI: LE SCELTE NON RINVIABILI

Da questa analisi emergono alcune indicazioni che è necessario rendere esplicite con chiarezza. La prima riguarda le risorse. Chi ipotizza di risolvere le criticità della sanità montana attraverso un incremento delle risorse disponibili deve abbandonare questa aspettativa: né a livello locale né a livello nazionale sono attualmente prevedibili risorse aggiuntive significative. Il quadro impone di operare entro i limiti delle risorse esistenti, agendo sulle aree di maggiore efficienza e sviluppando innovazione organizzativa.

La seconda riguarda l'assetto ospedaliero. Il sistema regionale destina 26 milioni di euro annui al finanziamento dell'eccesso di offerta ospedaliera dell'ULSS 1 Dolomiti. Le perdite cumulate dei tre presidi minori — Agordo, Pieve di Cadore e Lamon — ammontano complessivamente a circa 9 milioni di euro: il finanziamento riconosciuto supera di 15 milioni i costi di questi ospedali. La questione economica critica non riguarda quindi i piccoli presidi, ma i due ospedali principali. La provincia non è in grado di sostenere economicamente, nel lungo periodo, due presidi ospedalieri di quella dimensione — uno hub e uno spoke — nella loro configurazione attuale. Quando le attività vengono di-

tribuite verso la prossimità territoriale, la struttura ospedaliera non può rimanere invariata: nel breve termine è possibile intervenire sulla riduzione delle duplicazioni; nel medio termine, due presidi di questa dimensione non risultano economicamente sostenibili per un territorio con queste caratteristiche demografiche.

Questa è la prospettiva che la programmazione deve affrontare. Il tempo disponibile per assumere le decisioni necessarie è limitato, e il rinvio delle scelte non fa che ridurre ulteriormente lo spazio di manovra disponibile.

| Moderatore

L'analisi presentata consente di identificare con precisione l'origine sistemica delle difficoltà che il sistema sanitario nelle aree montane si trova ad affrontare: un finanziamento nazionale della spesa sanitaria pubblica strutturalmente inferiore rispetto a quello dei principali paesi europei di riferimento. Una riflessione più ampia richiederebbe di affrontare anche la questione della composizione del mix di risorse pubbliche destinate alla salute rispetto a quelle destinate al sistema pensionistico — una questione rilevante, che tuttavia esula dagli obiettivi specifici di questo percorso.

Il quadro delineato impone di immaginare modelli organizzativi diversi da quelli attuali. Come sottolineato nell'introduzione a questa sessione, sarebbe desiderabile che esistesse un rapporto diretto e lineare tra prestazioni sanitarie erogate e risultati di salute conseguiti. La realtà è tuttavia più complessa: la salute è il prodotto di una molteplicità di determinanti che trascendono ampiamente il perimetro delle cure mediche in senso stretto. È a partire da questa consapevolezza che si impone una riflessione specifica su ciò che la sanità pubblica può concretamente fare nelle aree montane in termini di produzione di salute — non solo di erogazione di prestazioni. Questo tema viene affidato all'approfondimento della sessione successiva, con particolare riferimento al ruolo che il Dipartimento di Prevenzione può svolgere in questo contesto.

MONTAGNA E SANITÀ PUBBLICA

**| Sandro Cinquetti – Direttore Dipartimento
Prevenzione ULSS 1 Dolomiti**

Il rapporto tra ambiente montano e sanità pubblica richiede anzitutto una precisazione terminologica. Per sanità pubblica non si in-

tende qui semplicemente la sanità non privata, bensì la public health nel senso anglosassone del termine: lo sforzo organizzato della società volto a migliorare e prolungare la qualità della vita di un'intera popolazione. Questa attività viene svolta principalmente dalle strutture del Servizio Sanitario Nazionale che si occupano di prevenzione — in primo luogo il Dipartimento di Prevenzione — con l'obiettivo fondamentale di mantenere sani i sani. Un sistema preventivo efficace riduce significativamente il carico sul sistema sanitario curativo, producendo benefici che si misurano sia in termini di salute della popolazione sia in termini di sostenibilità economica del sistema.

IL QUADRO EPIDEMIOLOGICO DEL TERRITORIO

L'analisi del trend demografico di mortalità e natalità evidenzia come la provincia di Belluno presenti un impatto della mortalità per tutte le cause particolarmente significativo, con una maggiore concentrazione nella popolazione maschile. L'esame delle mappe epidemiologiche identifica l'area più critica nei territori del Comelico, mentre due zone mostrano indicatori migliori, rispecchiando condizioni socio-economiche più favorevoli: l'area di Belluno e quella di Cortina d'Ampezzo.

Il dato è coerente con un principio scientificamente consolidato: l'indicatore più prossimo allo stato di salute di una popolazione è il reddito disponibile, e questa relazione mantiene validità universale. La popolazione femminile mostra una maggiore resistenza rispetto a quella maschile, attribuibile a fattori genetici più favorevoli e a un profilo di rischio comportamentale mediamente inferiore — minore prevalenza di fumo e abuso di alcol — sebbene anche per le donne le criticità più rilevanti si registrino nelle aree geograficamente e economicamente più svantaggiate.

CAPITOLI DI MORTALITÀ DI PARTICOLARE RILEVANZA

L'analisi epidemiologica ha identificato tre ambiti di mortalità che richiedono attenzione specifica e interventi mirati.

Il primo riguarda la mortalità per suicidio. I dati del 2020 mostrano un tasso significativamente superiore rispetto ad altre realtà territoriali comparabili. Questo dato non viene evidenziato per alimentare preoccupazioni, ma per orientare interventi mirati: la gestione efficace di questo fenomeno richiede un approccio che trascenda il solo ambito sanitario e coinvolga i determinanti sociali e ambientali della salute mentale.

Il secondo ambito riguarda la mortalità per malattie del fegato, anch'essa significativamente superiore rispetto ad altri territori veneti. Il confronto con aree a forte produzione vinicola — dove si registrano valori inferiori, probabilmente per effetti di adattamento culturale al consumo — suggerisce che la relazione tra consumo di alcol e mortalità epatica presenti dinamiche territorialmente differenziate che meritano approfondimento. Il terzo ambito riguarda il melanoma maligno. I dati mostrano un eccesso di mortalità rispetto alla media veneta, particolarmente significativo nella popolazione femminile. Il melanoma è causato principalmente da ripetute esposizioni solari senza adeguata protezione, specialmente in età giovanile. In ambiente montano si osserva frequentemente una sottovalutazione del rischio e una scarsa utilizzazione della protezione solare, diversamente da quanto avviene nelle località marine, dove la percezione del rischio è più consolidata. Questo comportamento, apparentemente marginale, produce conseguenze epidemiologiche rilevanti.

RISULTATI INCORAGGIANTI:

IL MIGLIORAMENTO DEL TREND DI MORTALITÀ

Accanto alle criticità, il quadro epidemiologico

del territorio presenta aspetti sorprendentemente positivi. Nel triennio 2003-2006 la mortalità della popolazione maschile era significativamente superiore rispetto al gruppo di confronto regionale. Progressivamente si è verificato un rientro nella media, mentre altre realtà territoriali — come il Polesine — hanno mostrato un peggioramento nel medesimo periodo. Nella popolazione femminile il fenomeno iniziale era meno marcato, ma anche in questo caso si è registrato un miglioramento relativo, particolarmente evidente nel periodo pandemico. Questo risultato non è casuale: rappresenta il prodotto di un lavoro sistematico e organizzato nel campo della prevenzione. Se confermato da studi di approfondimento, costituisce uno degli esiti più significativi conseguibili dalla sanità pubblica: prolungare la vita e migliorare lo stato di salute di una popolazione.

IL PERIODO PANDEMICO

COME BANCO DI PROVA

Nel triennio pandemico 2020-2022, sulla base dei dati consolidati dal Sistema Epidemiologico Regionale, l'ULSS 1 Dolomiti ha registrato un eccesso di mortalità dell'8% rispetto al triennio precedente, a fronte di una media regionale del 13%, con punte del 15% in alcune aziende

sanitarie del Veneto. Applicando al territorio bellunese il trend medio veneto, si sarebbero verificati 388 decessi aggiuntivi: si tratta di vite salvate che, pur non avendo nome e cognome individuali, essendo distribuite nella popolazione generale, rappresentano un risultato di straordinaria rilevanza che merita approfondimento scientifico dedicato.

I fattori che hanno contribuito a questo risultato sono molteplici e interconnessi: un sistema di prevenzione attiva efficace; il vantaggio organizzativo di gestire una popolazione di circa 200.000 abitanti, dimensione che ha consentito una risposta più rapida e capillare rispetto alle aziende che gestivano bacini di un milione di abitanti; la presa in carico costante dei soggetti positivi con applicazione sistematica dei provvedimenti contumaciali; la tenuta del rapporto diretto medico-paziente da parte della medicina di famiglia, che nelle vallate alpine non ha subito la regressione verso la consulenza esclusivamente remota registrata in alcune aree urbane; la medicina di iniziativa nella somministrazione di terapie specifiche, con contatto individuale dei soggetti positivi da parte dei reparti di malattie infettive; il task shifting efficace, con l'area infermieristica che ha assunto responsabilità precedentemente

riservate all'area medica; il contributo determinante del volontariato, in particolare degli Alpini, nell'assistenza durante le campagne di tamponi e vaccinazioni anche in condizioni climatiche avverse.

INDICATORI POSITIVI: DIABETE E SCREENING ONCOLOGICI

Il territorio presenta ulteriori indicatori positivi di rilievo. La provincia di Belluno registra la prevalenza più bassa di assistiti con diabete nell'intero Veneto, risultato che appare correlato all'elevata attività motoria della popolazione e a possibili fattori genetici protettivi. L'adesione agli screening oncologici raggiunge livelli di eccellenza internazionale: la provincia presenta la percentuale più alta di tutto il Veneto per tutti e tre i programmi di screening attivi. Questo risultato non è spontaneo, ma il frutto di un impegno professionale sistematico e continuativo.

I DETERMINANTI DELLA SALUTE E I VANTAGGI DEL TERRITORIO MONTANO

Secondo il modello elaborato dai Centers for Disease Control and Prevention statunitensi, la salute di una popolazione è determinata da cinque gruppi di fattori: i comportamenti individuali (50%), l'ambiente (20%), la gene-

tica (20%), l'accesso alle cure (10%) — una quota che nel contesto italiano, dove l'accesso universale è garantito, può essere stimata attorno al 15-20%. Ne consegue che il 50-60% della salute individuale e collettiva dipende dai comportamenti personali e dalle scelte di vita.

Rispetto a questi determinanti, la provincia di Belluno presenta vantaggi strutturali di rilievo. Sul piano dei comportamenti, il 70% degli adulti bellunesi risulta fisicamente attivo, con percentuali significativamente superiori alla media veneta; si registra un buon consumo abituale di frutta e verdura; la prevalenza di fumatori è pari al 19%, sensibilmente inferiore rispetto al Veneto (23%) e alla media nazionale (24%). Sul piano ambientale, il territorio montano offre vantaggi documentati: minore impatto del riscaldamento globale rispetto alle aree urbane e di pianura, qualità dell'aria significativamente superiore, disponibilità di risorse idriche di qualità e un ambiente naturalmente favorevole all'attività fisica. L'attività motoria rappresenta un determinante di salute di straordinaria potenza: disporre di un contesto che la favorisce costituisce un vantaggio competitivo di primo ordine per le politiche di promozione della salute.

L'APPROCCIO ONE HEALTH COME PARADIGMA PER LA MONTAGNA

Il paradigma contemporaneo della sanità pubblica si fonda sul concetto di One Health, che riconosce l'interconnessione tra salute umana, salute animale e qualità dell'ambiente. La pandemia da Covid-19 ha reso evidente questa interconnessione su scala globale. Il territorio montano esprime per sua natura un approccio One Health intrinseco: la coesistenza e l'interdipendenza tra comunità umane, ecosistemi e produzioni animali e alimentari lo rendono un contesto particolarmente favorevole allo sviluppo di collaborazioni efficaci tra professionisti della salute umana, veterinari e operatori del settore agroalimentare. Valorizzare questi vantaggi strutturali, affrontare con metodo le criticità identificate e costruire politiche di prevenzione coerenti con le specificità del territorio costituisce la direzione di lavoro della sanità pubblica in ambiente montano.

| Moderatore

L'analisi epidemiologica presentata offre un contributo metodologico che merita di essere esplicitato come cornice interpretativa per i lavori successivi. Ragionare di salute nelle aree

montane impone uno spostamento della prospettiva: dall'erogazione di prestazioni sanitarie verso quell'insieme di fattori — ambientali, comportamentali e comunitari — che determinano l'80% degli esiti di salute di una popolazione, escludendo la componente genetica in quanto non modificabile. I determinanti della salute legati all'ambiente, agli stili di vita e alla coesione comunitaria rappresentano il campo d'azione prioritario per le politiche di salute pubblica nelle aree periferiche.

A quarantacinque anni dalla nascita del Servizio Sanitario Nazionale, il sistema ospedaliero ha subito una trasformazione profonda. L'ospedale contemporaneo è un luogo di alta tecnologia e di concentrazione di competenze specialistiche, radicalmente diverso da quello di quattro decenni fa. Le evidenze scientifiche disponibili indicano con crescente solidità che la qualità delle cure ospedaliere è direttamente correlata ai volumi di attività: la competenza clinica si costruisce e si mantiene attraverso la pratica continuativa su casistiche adeguate.

Questo principio pone un problema strutturale nelle aree periferiche. Mantenere elevati volumi di produzione all'interno di un sistema diffuso di presidi ospedalieri è organizzativamente e finanziariamente problematico, come emerge

dall'analisi dei dati economici dell'ULSS 1 Dolomiti. Si delinea così una tensione difficilmente eludibile tra due esigenze legittime: da un lato, la concentrazione delle attività ad alta specializzazione nei centri che garantiscono i volumi necessari a un'adeguata qualità delle cure; dall'altro, la domanda di prossimità delle popolazioni residenti in aree geograficamente distanti dai centri ospedalieri principali. La ricerca di modelli organizzativi capaci di coniugare eccellenza clinica e accessibilità territoriale costituisce uno dei nodi più complessi della programmazione sanitaria nelle aree montane, e su questo tema si concentra la relazione successiva.

ORGANIZZARE I SERVIZI OSPEDALIERI IN AREE PERIFERICHE: COME CONIUGARE ECCELLENZA E PROSSIMITÀ

Francesca Pennucci – Ricercatrice, Centro di Ricerca Interdisciplinare Health Science, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa

L'analisi delle sfide organizzative che caratterizzano i servizi ospedalieri nelle aree periferiche richiede anzitutto una precisazione terminologica. Il termine «aree interne» può assumere significati diversi a seconda del contesto; la defini-

zione più operativamente utile le descrive come territori con caratteristiche positive e negative speciali, accomunati dalla presenza di vincoli specifici che richiedono soluzioni innovative e mirate. Il sistema sanitario nazionale si configura come un sistema welfare-based, il cui obiettivo non è erogare servizi in proporzione alle risorse versate, ma garantire universalità, equità nell'accesso e sostenibilità per tutti i cittadini in relazione ai bisogni specifici espressi nei diversi territori. Nelle aree montane questa missione presenta complessità aggiuntive significative, che la programmazione non può eludere.

È tendenzialmente inevitabile che la concentrazione dei servizi segua la concentrazione demografica e le opportunità economiche: il diradamento della popolazione produce un corrispondente diradamento dell'offerta. Tuttavia, il sistema sanitario non può adattarsi passivamente a questa dinamica, tanto più in presenza di caratteristiche territoriali che — come evidenziato in questo convegno — costituiscono vantaggi reali per la salute della popolazione e meritano di essere valorizzati come tali.

LA TRASFORMAZIONE DEL BISOGNO SANITARIO E IL SUPERAMENTO DEL MODELLO OSPEDALOCENTRICO

Il modello organizzativo che considerava la sanità pubblica interamente basata sulle strutture ospedaliere risulta oggi inadeguato, in particolare nelle aree dove la sostenibilità economica di strutture costose è già problematica rispetto ai bisogni effettivi della popolazione. Il bisogno sanitario prevalente a livello di popolazione non è più principalmente quello delle patologie acute né di natura prevalentemente interventistica: si concentra sulla presa in carico longitudinale della cronicità, un approccio sostanzialmente diverso da quello tradizionalmente gestito in ambito ospedaliero. Questo non implica che gli ospedali non siano necessari, ma che debbano essere inquadrati in una prospettiva più ampia e integrata, che comprende il territorio come luogo primario di assistenza.

IL DILEMMA ECCELLENZA-PROSSIMITÀ

La sfida organizzativa centrale nelle aree periferiche consiste nel coniugare eccellenza clinica e prossimità delle cure. L'eccellenza è strutturalmente correlata alla concentrazione di competenze e alla gestione di elevati volumi di casistica: i professionisti raggiungono e mantengono standard qualitativi elevati attraverso la pratica continuativa su un numero adegua-

to di casi specifici. Questa condizione è difficile da garantire in contesti a bassa densità demografica, dove i volumi ridotti possono determinare un progressivo deterioramento della competenza clinica per mancanza di esposizione sufficiente.

Una delle risposte già adottate in molte aree interne è il ricorso alla simulazione ad alta fedeltà, che consente di mantenere allenati medici, infermieri e tutte le professioni sanitarie operanti nei presidi periferici. Tuttavia, la simulazione non è in grado di replicare la totalità delle condizioni cliniche, e la sua implementazione sistematica in tutti i presidi delle aree interne pone problemi di sostenibilità economica non trascurabili.

UN MODELLO SPERIMENTALE:

LA RESPONSABILITÀ DEGLI OSPEDALI DI ECCELLENZA VERSO LE AREE INTERNE

Il modello sperimentale che la Scuola Superiore Sant'Anna sta contribuendo a sviluppare rovescia la logica tradizionale del percorso paziente. Nel sistema attuale, un residente in area montana che manifesta un problema di salute si rivolge al medico di famiglia, accede a un primo presidio locale dove spesso non trova la risposta specialistica necessaria, viene quindi indiriz-

zato verso un ospedale di livello superiore, con una sequenza di spostamenti e tempi di attesa che ritardano significativamente l'accesso a una risposta efficace. L'obiettivo del nuovo modello è invertire questa logica: portare la risposta specialistica più vicina al territorio, invece di attendere che il paziente percorra l'intero percorso verso i centri di eccellenza.

Non si tratta di rendere gli ospedali di prossimità equivalenti ai centri ospedalieri universitari e di ricerca — un obiettivo strutturalmente irraggiungibile — ma di sviluppare soluzioni organizzative e tecnologiche che avvicinino le competenze di eccellenza ai territori periferici, superando il modello tradizionale per setting, in cui ogni struttura opera con funzioni definite e collegamenti limitati con le altre.

UN'ECONOMIA SANITARIA CENTRATA SULLA POPOLAZIONE

L'approccio integrato proposto richiede che la programmazione parta dall'analisi dei bisogni della popolazione come primo passo metodologico: mappare lo stato di salute del territorio, identificare le aree di forza e quelle che richiedono interventi prioritari. Attorno a questi bisogni non converge solo il sistema sanitario, che ne rappresenta una componente: per inci-

dere sulla demografia e sul ripopolamento delle aree interne sono necessari interventi sociali e politici più ampi, che coinvolgano le amministrazioni locali, il terzo settore e la popolazione stessa. Quest'ultima deve essere attivata come protagonista, non solo come destinataria di servizi: diffondere le pratiche di prevenzione prima che emergano i bisogni di cura è un obiettivo che richiede il coinvolgimento attivo delle comunità. Al sistema sanitario si chiede che gli ospedali di eccellenza si assumano la responsabilità delle aree interne attraverso pratiche e innovazioni che rafforzino il collegamento tra i centri ospedalieri principali e i presidi di prossimità, costruendo reti integrate di cura invece di strutture separate.

VANTAGGI DEI TERRITORI MONTANI E RUOLO DEL TERZO SETTORE

I territori montani presentano caratteristiche che costituiscono risorse per la salute: qualità superiore di aria, acqua e prodotti alimentari rispetto ai contesti urbani; un ambiente naturalmente favorevole all'attività fisica; e la coesione sociale tipica delle comunità di piccole dimensioni, dove la conoscenza reciproca favorisce reti di supporto informale che funzionano efficacemente. Il terzo settore rappresenta in

questo contesto un partner fondamentale nelle sperimentazioni, con un impatto potenziale particolarmente significativo in questi territori rispetto ai contesti urbani di maggiori dimensioni.

LE SFIDE TECNOLOGICHE E IL PROBLEMA DELLA COMPETENZA DIGITALE

Le soluzioni tecnologiche che il nuovo modello richiede si confrontano con un vincolo strutturale: l'Italia presenta valori di competenza digitale della popolazione inferiori alla media europea, con difficoltà che non riguardano solo l'infrastruttura ma la capacità di utilizzo degli strumenti da parte di una popolazione mediamente anziana. L'implementazione di innovazioni digitali in sanità richiede pertanto programmi formativi specifici, senza i quali le soluzioni tecnologiche rischiano di essere inaccessibili proprio alle fasce di popolazione che ne avrebbero maggiore beneficio. La connettività rappresenta un ulteriore vincolo: non tutte le aree montane sono in grado di supportare soluzioni tecnologiche avanzate. È necessario dotare le strutture fisiche di strumentazioni adeguate e garantire collegamenti stabili con i presidi di prossimità, che dovrebbero essere collocati preferibilmente in zone facilmente

raggiungibili, per evitare il rischio di creare periferie all'interno delle periferie.

LE SPERIMENTAZIONI IN CORSO

Le sperimentazioni attualmente condotte si articolano su tre direttrici principali. La prima riguarda l'innovazione tecnologica: tra le soluzioni in sviluppo si segnalano simulatori ad alta fedeltà per la formazione negli ospedali periferici e esoscheletri per assistere nella movimentazione dei pazienti anche in abitazioni di piccole dimensioni tipiche delle zone periferiche. La seconda direttrice riguarda l'innovazione di processo organizzativa: spesso è sufficiente coordinare meglio le attività esistenti per ottenere miglioramenti significativi; un esempio è il collegamento sistematico tra tutti i servizi di screening e prevenzione oncologica e i percorsi ospedalieri di follow-up, con impatto diretto sull'efficacia complessiva della prevenzione e sulla mortalità. La terza direttrice riguarda l'innovazione sociale, con interventi di empowerment della popolazione residente nelle aree interne: fornire conoscenze su come utilizzare al meglio i servizi disponibili, dove orientarsi per specifiche necessità e come preservare la propria salute costituisce un investimento con ritorni significativi in termini di appropriatezza

dell'utilizzo dei servizi. Il primo progetto pilota è già operativo nella Valle del Serchio; parallelamente si sta sviluppando una sperimentazione estesa nel Casentino e in un contesto insulare, che presenta problematiche per molti aspetti analoghe alle aree montane. La documentazione relativa a tutte le azioni in corso è disponibile sulla piattaforma ProximityCare.it.

LE RETI OSPEDALIERE

Marco Cavana – *Direttore Unità Operativa Anestesia e Rianimazione, Arco, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Provincia Autonoma di Trento*

La mia riflessione muove da due traiettorie che guidano da anni il lavoro del nostro piccolo gruppo di pensiero: ethics and logistics, ovvero i sogni e i bisogni. I sogni devono mantenere un legame trasparente con la realtà, trasformandosi in indicatori e traiettorie operative. Come anestesista e rianimatore, so che il momento più delicato — quello che i pazienti mi hanno insegnato a non sottovalutare — è il risveglio. È in quel momento che si misura la tenuta di tutto ciò che è stato coordinato prima. Lo stesso vale per i sistemi organizzativi: la qualità di

un percorso si vede nella capacità di gestire la complessità senza perdere di vista la direzione. Non intendo proporre un intervento teorico. Attraverso un percorso a ritroso, presento una serie di giustificazioni — non personali, ma radicate nella letteratura e nei documenti istituzionali — a quanto abbiamo tentato di realizzare in Trentino, un territorio in profonda transizione, ricco di risorse ma attraversato da istanze culturali difficili da modificare.

IL CONCETTO DI SALUTE COME ORIZZONTE OPERATIVO

Prima di entrare nel merito organizzativo, ritengo necessario definire il quadro concettuale entro cui si iscrive questo lavoro. Una delle accezioni più moderne di salute non coincide con la semplice assenza di malattia, bensì con la capacità di mettere ogni cittadino nelle condizioni di realizzare i propri bisogni e i propri progetti di vita — una forma di possibilità di perseguire la propria felicità. È a partire da questa definizione che la medicina, tutta la medicina, deve saper tradurre in scelte organizzative concrete il proprio mandato verso la comunità.

QUATTRO TRAIETTORIE CONCETTUALI

Il ragionamento che ha orientato il nostro lavoro

si articola lungo quattro direttrici principali. La prima riguarda il policentrismo e la diffusione. La periferia non deve essere intesa come marginalizzazione, ma come espressione di vitalità territoriale. È tuttavia necessario ragionare con rigore sulla sufficienza e sull'adeguatezza funzionale dei centri periferici, individuando con chiarezza le soglie critiche — strutturali e funzionali — al di sotto delle quali la qualità dell'assistenza non può essere garantita. Questo vale per la catena della sopravvivenza del paziente, ma anche per quella degli operatori. La seconda traiettoria riguarda le fasi sperimentali e le équipes estese dinamiche. Le speranze organizzative si traducono in sperimentazioni che devono essere valutate con precisione, sia sul piano funzionale che su quello economico. Il concetto di équipes estesa dinamica — fondato su relazioni di cooperazione e su un tessuto connettivo plastico tra professionisti e strutture — rappresenta la risposta concreta che abbiamo cercato di costruire.

La terza traiettoria è quella della rete clinico-assistenziale, definita dai documenti ministeriali come un modello organizzativo che mette in relazione, con modalità formalizzate e coordinate, professionisti, strutture e servizi, garantendo la presa in carico del paziente con equi-

tà, tempestività, qualità e umanizzazione. Un modello che deve essere radicato nei bisogni specifici di ciascun territorio. La quarta traiettoria concerne il quadro epidemiologico e i bacini di utenza: l'analisi dei fabbisogni, le caratteristiche territoriali e del personale, lo stile e la cultura aziendale sono elementi irrinunciabili per qualsiasi progettazione organizzativa credibile.

IL CONTESTO TRENINO E LA GENESI DEL PROGETTO

Il mio percorso professionale — Milano, Bergamo, Parigi durante la specializzazione, poi un lungo periodo nell'elisoccorso e in terapia intensiva in Valle d'Aosta, infine Trento — mi ha portato da circa cinque anni alla direzione di un ospedale di piccole dimensioni. È stata un'esperienza di solitudine professionale profonda, che ha però alimentato in modo significativo il mio interesse per le questioni organizzative.

Nel 2020-2021, su richiesta del Ministro Speranza, diverse società scientifiche — tra cui la nostra — hanno prodotto un documento sull'area critica. Ho confrontato quel testo con uno scritto elaborato circa dieci anni prima nel nostro gruppo di lavoro, dedicato all'organizzazione etica del lavoro clinico. Gli elementi fondamentali che avevamo individuato erano: la

garanzia dei volumi delle attività chirurgiche, la programmazione flessibile, la connessione coordinata tra ospedali e territorio per la presa in carico del paziente critico, i trasporti secondari e — aspetto che avrei posto al primo posto — la valorizzazione degli operatori. La cura di chi cura, lo studio, il confronto, la stewardship: elementi propri della medicina che non possono essere separati dall'organizzazione.

Il documento ministeriale del 2020 introduceva l'incremento strutturale dei posti letto di terapia intensiva e, soprattutto, il superamento della dicotomia tra terapia intensiva e terapia subintensiva, a favore di un'unità organizzativa integrata di area critica. Questo rappresenta, a mio avviso, il tassello culturale che mancava. Se le reti tempo-dipendenti sono ormai ben definite per molte patologie, la rete tempo-dipendente di area critica — che dovrebbe costituire il connettivo dinamico attraverso cui le altre reti si possono dispiegare — non è ancora stata configurata in modo sistematico. Esiste oggi solo una dimensione organizzativa, non ancora una rete strutturata.

Un ulteriore elemento di riflessione riguarda i tassi di mortalità in relazione alle percentuali di occupazione dei posti letto: esistono soglie di resilienza e soglie di sofferenza che differenzia-

no significativamente i grandi centri universitari dagli ospedali di piccole dimensioni. Giungendo alla direzione di Arco, mi sono posto immediatamente una domanda: sono in grado di garantire, pur disponendo di un blocco operatorio, lo stesso livello di qualità di un centro maggiore? È una riflessione che ogni direttore deve mantenere vitale, perché trascurarla espone a rischi reali.

LA COSTRUZIONE DELLA RETE TRENTINA

La Provincia Autonoma di Trento conta 550.000 abitanti e dispone attualmente di sette centri ospedalieri, inclusi alcuni punti nascita. Circa dieci anni fa, la copertura anestesiológica negli ospedali di valle era garantita attraverso convenzioni con il Veneto: anestesisti esterni intervenivano per coprire turni di sala operatoria e guardie, in una logica meramente verticale — o c'era la copertura del singolo turno, o non c'era nulla — senza alcuna attività di coordinamento complessivo.

Di fronte alla carenza anestesiológica e all'impossibilità di continuare a ricorrere a collaborazioni esterne — tutti i territori limitrofi presentavano le stesse difficoltà — si è cominciato a esplorare se i fabbisogni potessero essere soddisfatti attraverso la libera professione azien-

dale e una turnistica estesa all'intero sistema provinciale.

Nel 2018 è stata effettuata una valutazione complessiva di tutte le attività potenziali nell'area critica: dai trasporti alle attività di anestesia fuori sala operatoria (non-operating room anesthesia), fino a tutte le forme di sedazione. La distribuzione percentuale degli interventi chirurgici tra Trento, Rovereto e gli ospedali di valle — rispettivamente 53%, 18% e 28% — ha confermato l'entità e la distribuzione del bisogno su cui intervenire.

Durante la fase pandemica, il Trentino ha partecipato al progetto Trentino Emergenza, nell'ambito del quale tutti i trasporti critici venivano gestiti attraverso la collaborazione tra tutti i servizi di anestesia e rianimazione presenti sul territorio provinciale e il sistema di emergenza territoriale. Questa esperienza ha rappresentato il banco di prova per una modalità organizzativa integrata che sarebbe stata successivamente formalizzata.

LA FASE 1 DEL PROGETTO DI RETE

La prima fase del progetto è stata resa possibile grazie al coinvolgimento della direzione generale, del servizio ospedaliero provinciale, della direzione di struttura semplice diparti-

mentale, di un team informale di studio e di un supporto amministrativo non dedicato. I risultati operativi hanno incluso 110-130 turni mensili di dodici ore distribuiti su tutto il territorio provinciale, 15.000 ore annue di lavoro specialistico nell'area critica e il coinvolgimento di 40-50 medici specialisti sull'intero territorio.

PROSPETTIVE PER LA FASE 2 E CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Le traiettorie per la fase successiva prevedono la definizione di un'area critica provinciale strutturata, capace di interfacciarsi anche con i territori confinanti. L'obiettivo culturale centrale rimane la costruzione di équipe estese e dinamiche, perché la cura degli operatori e la loro soddisfazione professionale sono condizioni necessarie — non accessorie — per perseguire simultaneamente qualità, equità e sostenibilità dell'assistenza. Una medicina che trascuri questo equilibrio è, per definizione, una medicina incompleta. Il concetto di salute deve avere confini territoriali precisi, perché i bisogni variano profondamente da un contesto all'altro. L'autoreferenzialità dei piccoli centri — comprensibile come risposta difensiva a condizioni di isolamento — deve essere superata attraverso reti strutturate che valorizzino

le specificità locali senza rinunciare alla qualità complessiva del sistema.

| Moderatore

L'esperienza illustrata offre lo spunto per affrontare una domanda che chi abita nelle aree interne si pone con concretezza immediata: cosa accade quando si presenta un problema clinico grave? Come è organizzata la rete per rispondere alle patologie tempo-dipendenti, in cui il fattore temporale — accanto al quadro clinico — condiziona in modo determinante l'esito? Come si garantisce che il paziente giunga nel luogo appropriato entro i tempi necessari? A questa domanda risponde Paolo Rosi, Direttore dell'Unità Operativa Complessa del 118 di Venezia e coordinatore dei SUEM della Regione Veneto.

LA GESTIONE DELL'URGENZA-EMERGENZA

**| Paolo Rosi – Direttore UOC Centrale Operativa
SUEM 118, Regione del Veneto**

Quando si discute di soluzioni innovative per l'emergenza-urgenza, la tendenza prevalente è quella di identificare l'innovazione con l'introduzione di nuove tecnologie. Ritengo invece

che le tecnologie, da sole, abbiano un impatto relativamente limitato se non sono accompagnate da un'occasione di riorganizzazione e da una ridefinizione delle modalità operative con cui si gestisce il sistema. È da questa premessa che muove la mia riflessione.

IL SISTEMA DI EMERGENZA-URGENZA: DEFINIZIONI E CRITICITÀ

Per emergenza si intende la condizione di un paziente in immediato pericolo di vita, o affetto da patologia tempo-dipendente che, se non trattata tempestivamente, può lasciare esiti permanenti. Per urgenza si intende invece la condizione che richiede un trattamento rapido, senza il quale può evolvere in emergenza. La rete dell'emergenza comprende le strutture per interventi invasivi — sale operatorie per angioplastiche coronariche e trombectomie — e la terapia intensiva come componente integrante del processo assistenziale, in un continuo scambio con la sala operatoria nei casi più complessi.

Una criticità strutturale del sistema riguarda la composizione degli accessi al pronto soccorso: il 54% sono codici bianchi e il 20% codici verdi. In Veneto questo si traduce in due milioni di accessi annui, di cui un milione e ottocentomi-

la non emergenziali. Questo dato produce un duplice effetto negativo: un aggravio di prestazioni che potrebbero essere erogate in setting diversi dall'ospedale, e una progressiva disaffezione del personale, formato per trattare patologie acute ma quotidianamente impegnato in attività di tipo ambulatoriale.

La risposta a questa distorsione risiede nella valorizzazione delle case della comunità, aperte ventiquattro ore su ventiquattro, fortemente integrate con il sistema 118 e in grado di fungere da punto di primo accesso per i pazienti non emergenziali. Queste strutture di prossimità devono disporre di capacità diagnostica di base — inclusa l'ecografia — e della possibilità di programmare esami anche nelle ore serali per il mattino successivo. In assenza di questi strumenti, è difficile per qualsiasi professionista ricondurre con sicurezza a domicilio un paziente che si presenta con sintomatologia aspecifica. In Veneto i Punti di Primo Intervento, che la programmazione nazionale prevedeva di smantellare, sono stati conservati proprio in questa prospettiva di riorganizzazione futura.

LA RIORGANIZZAZIONE DELLE STRUTTURE SPECIALISTICHE

Una delle innovazioni più significative sul pia-

no organizzativo riguarda il ridisegno del rapporto tra strutture specialistiche e territorio. Il modello tradizionale attribuiva neurochirurgia e cardiocirurgia all'ospedale che le ospitava fisicamente. Questo approccio è stato superato: la struttura specialistica deve essere considerata risorsa dell'intero territorio che serve. Se un paziente soccorso dal 118 necessita di quella struttura, essa è tenuta ad accoglierlo, indipendentemente dalla disponibilità momentanea di sale operatorie o posti letto in terapia intensiva. Questo principio ha eliminato il passaggio — spesso prolungato per ore — in pronto soccorso alla ricerca di una collocazione, trasformando radicalmente i tempi e le modalità di risposta all'emergenza.

LA CENTRALE OPERATIVA 118 COME ENTE DI GOVERNO

Il fulcro del sistema è la centrale operativa 118, che si è scelto di mantenere su base provinciale, in controtendenza rispetto all'orientamento nazionale. La si ritiene una componente essenziale della struttura sanitaria provinciale: non un call center deputato all'invio dell'ambulanza, ma un ente di governo che determina la collocazione appropriata del paziente — in ospedale, in altra struttura o al domicilio con adeguata

assistenza. Questa funzione è stata potenziata al massimo durante la fase pandemica.

Sul piano tecnologico, si sta investendo in un nuovo software unificato a livello regionale per le centrali operative, che integra la localizzazione immediata e precisa del chiamante, la videoconferenza per la valutazione delle condizioni del paziente o dell'evento, e il collegamento con l'anagrafica per la consultazione dei precedenti clinici nei casi non emergenziali. Questi strumenti consentono di filtrare la chiamata e orientare la risposta già prima che l'ambulanza raggiunga il domicilio, e aprono la prospettiva di gestire — tramite la centrale — anche le priorità cliniche che non sono incanalabili attraverso i normali canali di prenotazione e che non devono gravare sulle strutture dell'emergenza-urgenza.

I MEZZI DI SOCCORSO E L'INNOVAZIONE SUL TERRITORIO

I mezzi di soccorso rimangono un elemento centrale dell'innovazione. Sul piano tecnologico sono stati compiuti investimenti significativi per dotarsi di mezzi più sicuri e performanti. Sul piano professionale, la vera innovazione risiede nelle persone che operano a bordo: i protocolli per infermieri, applicabili in autonomia

o previa consultazione medica, rappresentano da anni in questa realtà uno strumento per garantire un approccio più immediato alle cure sul territorio.

La teletrasmissione dei parametri clinici è una realtà consolidata, progressivamente estesa oltre l'elettrocardiogramma. L'obiettivo attuale è concentrare tutti i segnali rilevati in ambulanza su un unico sistema integrato, connettibile in tempo reale con il cardiologo, con una stazione fissa o con uno specialista in movimento. Il progetto dell'"ambulanza connessa" prevede l'integrazione di questa piattaforma con la trasmissione di immagini in tempo reale per una teleconsulenza completa. L'applicazione non è limitata all'emergenza acuta: lo stesso strumento può essere impiegato per il paziente cronico geriatrico in struttura assistenziale, consentendo il consulto specialistico a distanza e riducendo i ricoveri impropri in pronto soccorso.

Tutti i nuovi mezzi sono dotati di sistemi per le compressioni toraciche meccaniche in caso di arresto cardiaco. Nati per migliorare la qualità del massaggio cardiaco, questi dispositivi hanno reso possibile il trasporto di pazienti in arresto cardiaco refrattario direttamente in cardiologia per angioplastica. È stato pubblicato il caso di un paziente sopravvissuto senza

esiti neurologici dopo due ore di arresto cardiaco trattato con compressioni meccaniche. Un caso recente nella provincia di Belluno ha riguardato un paziente giovane in arresto cardiaco da ipotermia profonda, soccorso sotto una cascata dopo un'ora e mezza di arresto cardiaco e trasportato a Treviso dove è stato sottoposto a circolazione extracorporea con esito favorevole.

L'ELISOCORSO: EVOLUZIONE TECNOLOGICA E PROSPETTIVE FUTURE

L'elisoccorso ha attraversato una trasformazione profonda, dai monomotori di trentacinque anni fa ai mezzi ad alte prestazioni attuali. L'avionica è cambiata radicalmente: dai pochi strumenti analogici delle origini ai visori sofisticati di ultima generazione. Questa evoluzione ha reso possibile il volo notturno non vincolato alla visione diretta, grazie all'introduzione dei visori per la visione notturna. Si è passati dalla possibilità di atterrare esclusivamente su piazzole illuminate alla capacità di operare in qualsiasi contesto, incluso il luogo dell'incidente. Attualmente volano di notte le basi di Pieve di Cadore e Treviso, ed è imminente l'introduzione del verricello per il soccorso in montagna anche nelle ore notturne.

Il tema dell'afflusso turistico ha richiesto una risposta organizzativa specifica: la presenza di turisti in montagna nei periodi di punta non deve sottrarre risorse ai residenti. A questo scopo è stato posizionato un ulteriore elicottero basato ad Agordo, concepito come risorsa aggiuntiva per potenziare il servizio nelle aree di maggiore afflusso stagionale. Sul piano infrastrutturale, il Veneto è l'unica regione italiana a disporre di un'elisuperficie per ogni ospedale. A Pieve di Cadore è stato realizzato un eliporto in elevazione, il primo del suo genere in Italia.

La prospettiva futura più rilevante per l'elisoccorso è la performance based navigation: si passa dalla navigazione gestita dal pilota tramite GPS a una navigazione controllata dal sistema satellitare Galileo, integrato con reti a terra, che consentirà il volo strumentale a bassa quota. Questo renderà operativo l'elisoccorso anche in condizioni di nebbia o scarsa visibilità, superando il principale limite attuale — la dipendenza dalle condizioni meteorologiche. Tutti gli elicotteri del sistema veneto sono già predisposti per operare secondo le regole della performance based navigation, in conformità con i manuali dell'International Civil Aviation Organization.

| Moderatore

Il contributo di Paolo Rosi ha messo in luce due acquisizioni di particolare rilievo: la possibilità che il mezzo di soccorso diventi il primo nodo della rete di pronto soccorso, e la capacità dell'integrazione tra innovazione tecnologica e riorganizzazione dei processi di produrre risultati clinicamente significativi. La sessione prosegue con un'anticipazione rispetto al programma originale: l'intervento di Andrea Ferrazzi, Direttore Generale di Confindustria Belluno. La scelta risponde a una logica precisa: la salute nelle aree interne non è una questione che riguarda esclusivamente il sistema sanitario. Il mondo produttivo ne è parte attiva, e una visione realmente globale della salute non può prescindere dal suo contributo.

IMPRESE E SANITÀ PER IL FUTURO DELLA MONTAGNA

**| Andrea Ferrazzi – Direttore Generale
Confindustria Belluno**

Il mondo della produzione, della fabbrica e dell'industria è meno distante dal mondo della sanità di quanto si possa comunemente

pensare. Questa vicinanza non deriva soltanto dall'interesse delle imprese a mantenere in salute i propri lavoratori, ma dalla presenza di significative aree di sinergia che meritano di essere esplorate e valorizzate.

Prima di entrare nel merito, ritengo doveroso formulare due premesse.

La prima riguarda la sanità bellunese: essa funziona, e funziona bene. Questo risultato è il frutto quotidiano del lavoro di tutti i dipendenti, dagli operatori sociosanitari ai primari, impegnati a garantire la salute dei cittadini. Il riconoscimento nei loro confronti da parte del mondo imprenditoriale non potrà mai essere sufficiente. Il sistema funziona anche grazie al volontariato, che svolge un ruolo fondamentale e spesso sottovalutato, e nei confronti del quale Confindustria cerca di essere concretamente presente.

La seconda premessa riguarda la rete ospedaliera provinciale. Pur auspicando che tutti gli ospedali presenti in provincia continuino a operare, è necessario riconoscere che l'ospedale di Belluno costituisce l'hub principale del sistema. Per Confindustria è imprescindibile che la Regione e la direzione generale continuino a investire su questo polo centrale: solo con un hub forte anche gli altri nodi della rete po-

tranno mantenere competitività e rispondere adeguatamente alle sfide future.

Le sfide comuni: territorio, attrattività e capitale umano

I dati sullo spopolamento delle aree interne evidenziano tre aspetti che meritano di essere tenuti distinti. In primo luogo, la contrapposizione tra città e aree marginali non è un fenomeno esclusivamente italiano, ma caratterizza l'intero Occidente. In secondo luogo, l'immigrazione rappresenta una componente della soluzione, non un elemento del problema. In terzo luogo, la fuoriuscita di giovani qualificati dal territorio costituisce la sfida più urgente da affrontare. La carenza di personale qualificato interessa tutte le organizzazioni, non soltanto quella sanitaria. La specificità del settore sanitario risiede tuttavia in una duplice relazione con il territorio: la sanità è al tempo stesso un fattore che contribuisce a rendere attrattivo un territorio e un settore che ha bisogno di un territorio attrattivo per trattenere e attrarre professionisti. Questa interdipendenza definisce la prima e più importante area di sovrapposizione tra mondo industriale e mondo sanitario: il bisogno condiviso di un territorio capace di offrire qualità della vita, servizi e opportunità. Affrontare questa sfida richiede un approccio

integrato — dalle politiche abitative alle infrastrutture — ma esiste un fattore trasversale e decisivo: l'innovazione.

I PROGETTI IN CORSO: FORMAZIONE, RICERCA E TECNOLOGIA

Come associazione, Confindustria Belluno sta investendo in modo significativo nella formazione. Dal 2020 Belluno ospita il terzo hub italiano della LUISS Business School. A partire dall'anno accademico 2025-2026 è prevista l'apertura di un corso di laurea in informatica in collaborazione con l'Università di Verona. Si tratta di tasselli di un ecosistema dell'innovazione che contribuirà nel tempo a rendere il territorio più attrattivo per i giovani e per le imprese.

In questo quadro si inseriscono tre progetti sviluppati in collaborazione diretta con il mondo sanitario. Il primo prevede corsi di formazione per figure strategiche dell'organizzazione sanitaria, come le coordinatrici infermieristiche, da realizzare insieme alla LUISS Business School. Il secondo riguarda la medicina per la dignità della vita nelle residenze sanitarie assistenziali, sviluppato con il contributo dell'Università di Verona, la cui presenza sul territorio provinciale si sta consolidando

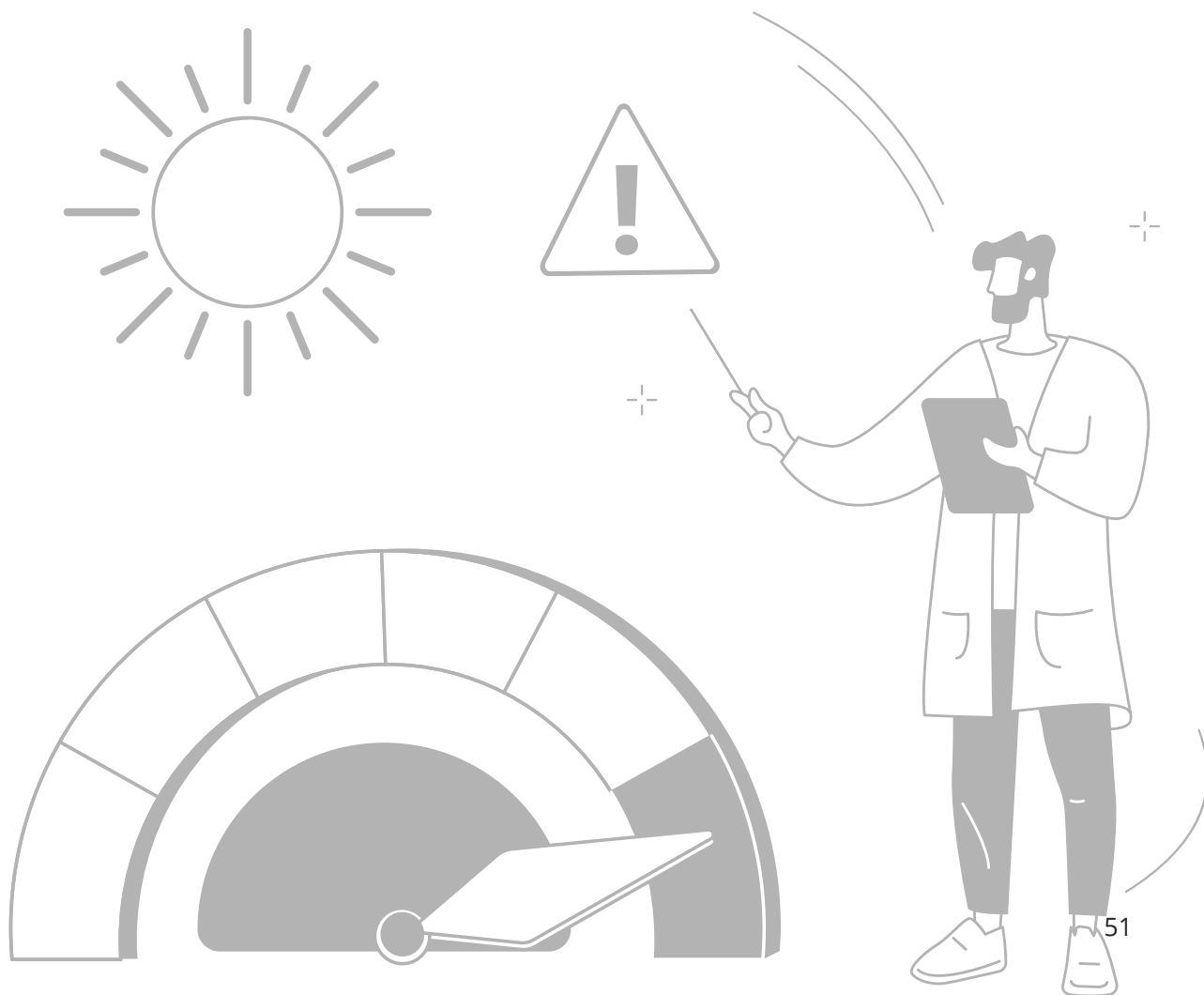
non soltanto nella formazione dei giovani, ma anche nel trasferimento tecnologico verso le aziende, inclusa quella sociosanitaria. Il terzo ambito di collaborazione riguarda l'utilizzo delle nuove tecnologie per il miglioramento dei servizi: la realizzazione della prima Smart Road d'Italia a Longarone ha consentito di avviare un'iniziativa di open innovation, coinvolgendo start-up nazionali e internazionali nella ricerca di soluzioni tecnologiche per i servizi infrastrutturali. L'ultimo progetto sviluppato in questo contesto è stato dedicato alla sicurezza in montagna, con il coinvolgimento del Soccorso Alpino e del SUEM, producendo risultati interessanti in particolare nell'utilizzo dei droni per il soccorso in quota.

LA SFIDA DEI CAMBIAMENTI CLIMATICI E LA PROGRAMMAZIONE STRATEGICA

Vi è infine una sfida di medio e lungo periodo che la montagna dovrà affrontare con consapevolezza: quella dei cambiamenti climatici. La prospettiva scientifica indica che alcune aree del Paese diventeranno periodicamente inabitabili a causa delle ondate di calore, colpendo in misura particolare le persone fragili. Se queste persone saranno costrette a spostarsi temporaneamente dalle città verso le aree montane,

sarà necessario che i territori di destinazione siano in grado di offrire loro servizi sociosanitari adeguati. Questa è programmazione strategica nel senso più pieno del termine. Affrontarla richiede visione e investimento nel

medio periodo, non annunci di riduzione dei servizi. È una responsabilità che la Regione dovrebbe assumere con la stessa determinazione con cui si affronta qualsiasi altra sfida strutturale per il futuro del territorio.



SECONDA SESSIONE ALLA RICERCA DI NUOVI MODELLI

*Moderatore: **Angelo Paolo Dei Tos***

Presidente della Scuola di Medicina dell'Università di Padova

È un piacere essere nuovamente a Feltre, con la quale il mio legame non si è mai interrotto: quegli anni trascorsi in questa realtà furono tra i più belli della mia formazione professionale. Desidero anzitutto fare chiarezza su un punto emerso nel dibattito: non ho sentito affermare che gli ospedali verranno chiusi, e l'Assessore ha del resto confermato che tale ipotesi non è sul tavolo. È importante che questo sia registrato con precisione. Posso testimoniare in prima persona, per averla vissuta, l'eccellenza dell'ospedale di Feltre. In quei due anni e mezzo ho potuto apprezzare la qualità della chirurgia, della ginecologia e di una piccola ma rigorosa anatomia patologica. L'equazione secondo cui il sapere si concentra necessariamente soltanto nelle grandi istituzioni è un'affermazione su cui vale la pena aprire una discussione critica. Propongo ora tre osservazioni, consapevole che potrebbero risultare scomode.

La prima riguarda il cambiamento climatico. Evocarlo è corretto e necessario, ma occorre non dimenticare che le sue cause principali non risiedono nel lavoro dei contadini o dei gestori dei rifugi di montagna. Accetto che il tema sia portato all'attenzione anche dal mondo industriale, ma è proprio a quest'ultimo che si chiede un impegno concreto nella trasformazione delle politiche energetiche e produttive. Il rischio, altrimenti, è quello di una denuncia generica del problema senza una corrispondente assunzione di responsabilità da parte di chi ne è il principale artefice.

La seconda osservazione riguarda un tema sistematicamente eluso: l'appropriatezza. Si parla troppo poco del consumismo sanitario che si è progressivamente generato nella popolazione — e non solo in essa — come se fosse un fenomeno irreversibile cui adattarsi piuttosto che un problema da affrontare. Il settanta per cento di codici bianchi nei pronto soccorso non è soltanto un dato epidemiologico: è un indicatore di un deficit educativo che richiede risposte strutturate. Esiste una responsabilità col-

lettiva, da parte dei cittadini prima ancora che delle istituzioni, nel riconoscere che una quota rilevante delle richieste di prestazioni sanitarie è priva di reale indicazione clinica. Un caso emblematico, riferito da un collega del pronto soccorso di Padova, riguarda la refertazione di una TAC per cefalea in un paziente con oltre cento esami analoghi nella storia clinica, senza alterazioni in nessuno di essi. Episodi come questo non possono essere liquidati come eccezioni aneddotiche.

La terza osservazione riguarda l'innovazione e il suo rapporto con il finanziamento del sistema sanitario. Il dato del 6,2% del PIL destinato alla sanità — spesso negato o minimizzato, ma riscontrabile trasversalmente nelle scelte di governi di diverso orientamento — definisce un limite strutturale alla sostenibilità del sistema. Di fronte a questo limite, occorre una scelta politica chiara: il welfare è un valore prioritario oppure no? Se lo è, è necessario un intervento conseguente sulle risorse. Se non lo è, esistono altri modelli, ma bisogna avere il coraggio di dirlo esplicitamente. Ciò che non è accettabile è presentare l'innovazione — che non necessariamente comporta una riduzione dei costi — come sostituto di investimenti strutturali mancanti. L'innovazione è progres-

so, è capacità di guardare al futuro, è ricerca di soluzioni nuove: ma non può essere la risposta al sottofinanziamento del welfare. Su questo è necessario essere chiari e onesti.

Il modello di welfare che caratterizza questo Paese e questo continente — con tutte le sue criticità — rappresenta uno dei valori più alti e delle conquiste più preziose della nostra civiltà, specialmente se confrontato con sistemi in cui la logica prevalente è quella del profitto. Difenderlo non significa opporsi al cambiamento: significa esigere che il cambiamento, e l'innovazione che lo accompagna, siano orientati al miglioramento reale del sistema e non alla sua sostituzione con qualcosa di meno equo.

CURE PRIMARIE: QUALE MODELLO?

Bianca Fraccaro – Segretario Regionale SIMG Veneto; Medico di Medicina Generale, Medici-na di Gruppo Integrata di Vigodarzere (PD)

La discussione sviluppata nel corso di questa sessione ha offerto un punto di partenza prezioso: quella di un sistema sanitario che, come un transatlantico, ha imboccato una rotta definita con decenni di anticipo. Già nel 2015 il presidente della mia società scientifica, insieme ad

altri autorevoli autori, prefigurava un possibile naufragio del Servizio Sanitario Nazionale e avanzava proposte per evitarne l'irreversibilità. A distanza di anni, quella traiettoria si è confermata e accelerata.

IL CONTESTO DEMOGRAFICO E EPIDEMIOLOGICO

L'Italia è oggi il secondo paese più vecchio al mondo, superata soltanto dal Giappone, e il primo in Europa. Si vive più a lungo, ma in condizioni di malattia. Il trend delle patologie croniche — non guaribili, ma certamente gestibili — è in crescita costante e sarà responsabile di circa l'ottanta per cento dei decessi futuri. Questo dato si traduce in un carico progressivamente crescente sul Servizio Sanitario Nazionale, concentrato in particolare nelle fasi avanzate della vita.

A questa transizione demografica se ne affiancano altre due, ugualmente rilevanti. La transizione epidemiologica ridisegna il profilo di bisogno della popolazione; la transizione sociale, spesso trascurata nel dibattito, ne modifica profondamente le condizioni di vita e di accesso alle cure. Il termine «single», che negli anni Novanta evocava uno stile di vita urbano e dinamico, designa oggi con sempre maggiore frequenza una

persona anziana di oltre ottant'anni, portatrice di tre o quattro patologie gravi, in politerapia con otto o più farmaci, cui si applicano diciotto linee guida con trentacinque restrizioni dietetiche. I dati del sociologo citato in questa sessione parlano di diciotto tipologie familiari: la più numerosa è quella composta da un individuo solo, che è anche la più fragile.

IL PESO CRESCENTE SULLA MEDICINA DEL TERRITORIO

La medicina delle cure primarie ha subito una trasformazione profonda: è diventata una medicina della complessità. I dati del network Millerete — settantadue medici che raccolgono sistematicamente i propri dati clinici e organizzativi — lo documentano in modo inequivocabile. Nel 2011 seguivo 1.500 assistiti e ne vedevo l'81%, con una media di 8 contatti annui per paziente e cinquantaquattro contatti giornalieri complessivi. Nel 2021 la quota di assistiti visitati era salita all'86%, la media di contatti per paziente a 10,7 e i contatti giornalieri a 74. Nei mesi di ottobre, novembre e dicembre, i contatti giornalieri hanno raggiunto le 125 unità: un dato in linea con la media dei colleghi. Queste cifre, trasmesse mensilmente ad Azienda Zero, descrivono una realtà organizzativa al

limite della sostenibilità, ulteriormente aggravata — nel contesto montano — dalle note difficoltà di accesso ai servizi e dalle distanze dai presidi ospedalieri. A questo si aggiunge la crisi numerica della categoria. La mappa anagrafica dei medici di medicina generale mostrava già quindici anni fa un progressivo invecchiamento della professione; a questo si è sommata un'accelerazione dei pensionamenti anticipati e degli abbandoni della professione che rende urgente una pianificazione a lungo termine. Se nel 2015 si parlava di evitare una tempesta perfetta, oggi è necessario pianificare con rapidità per i prossimi vent'anni e prevenire uno scenario di maggiore gravità.

UN CAMBIO DI PARADIGMA NECESSARIO

La medicina delle cure primarie non può essere ridotta alla sua dimensione prestazionale — la prescrizione, la misurazione dei parametri vitali — né può essere esercitata in isolamento, in attesa passiva del paziente. Atul Gawande, cardiocirurgo e docente a Harvard, ha descritto la medicina generale come una medicina incrementale, fatta di piccoli passi: efficace proprio perché continuativa e relazionale, ma che richiede un'evoluzione strutturata e non improvvisata.

Il modello da costruire è quello della medicina di iniziativa: di fronte all'aumento del carico della cronicità, è necessario pianificare precocemente con il paziente interventi mirati a prevenire la progressione verso la fragilità e la complessità. Si tratta di un cambio di paradigma che investe l'intera organizzazione delle cure primarie.

La medicina generale è riconosciuta come specialità in tutta Europa, con un percorso formativo triennale dedicato. Non è più una medicina di carta e penna: richiede lavoro di équipe, strumentazione adeguata e integrazione con gli altri livelli del sistema. Disporre di un ecografo POCUS e di un elettrocardiografo in ambulatorio consente di gestire autonomamente situazioni — come il dolore addominale acuto o la dispnea nell'anziano — che altrimenti si tradurrebbero in accessi impropri al pronto soccorso o in ricoveri evitabili. In un contesto montano, dove l'ospedale di riferimento può distare trenta o quaranta chilometri, questa capacità di gestione ambulatoriale assume un valore ancora maggiore: con un POCUS portatile è possibile raggiungere il domicilio di un paziente di novantotto anni e valutarne direttamente lo stato cardiaco.

CONDIZIONI ORGANIZZATIVE PER IL CAMBIAMENTO

Affinché questo modello sia praticabile, occorrono condizioni strutturali che oggi mancano o sono insufficienti. Il lavoro in microteam è una richiesta esplicita dei colleghi under quaranta, che chiedono integrazione professionale e modelli conciliabili con le esigenze familiari — un'esigenza tanto più rilevante considerando la progressiva femminilizzazione della professione. Nell'esperienza di medicina di gruppo integrata, undicimila pazienti vengono seguiti con il supporto di infermiere dedicate: novecentoquarantacinque diabetici sono gestiti in questo modo. Lo stesso modello è replicabile in ambito montano attraverso un'infermiera in rete, condivisa tra più ambulatori su giorni alternati. I sistemi informativi devono essere integrati, così da consentire al medico di conoscere gli accessi del proprio assistito alla continuità assistenziale o al pronto soccorso. Il modello di remunerazione deve spostarsi dalla logica prestazionale a quella per performance, con indicatori capaci di rendere conto della complessità del lavoro svolto. Il personale amministrativo — per il front office e il back office — non è un accessorio: con centoventicinque contatti giornalieri e centinaia di telefonate, la sua assenza rende impossibile l'at-

tività clinica. Una centrale telefonica con triage può orientare i pazienti con bisogni non differibili verso l'ambulatorio più vicino con disponibilità e strumentazione adeguata, riducendo gli accessi impropri.

CINQUE PUNTI PER UN PIANO STRUTTURALE

Le proposte si articolano in cinque punti tra loro interdipendenti. Il primo riguarda la definizione di standard formativi omogenei, con criteri chiari e verificabili. Il secondo riguarda la dotazione di personale di supporto, senza la quale nessun obiettivo organizzativo è raggiungibile. Il terzo riguarda la formazione continua, intesa come audit clinici reali e non come accumulo di crediti ECM. Il quarto riguarda la governance, attraverso l'istituzione di un dipartimento di cure primarie: una struttura che esiste in tutta Europa e che desta ancora sorpresa quando la si menziona ai colleghi stranieri. Il quinto riguarda la gestione del cambiamento con risorse adeguate. Non è possibile affrontare una trasformazione strutturale di questa portata chiedendo al sistema di fare le nozze con i fichi secchi: la letteratura scientifica lo afferma con chiarezza almeno dal 1987. Senza investimenti corrispondenti ai bisogni, nessun cambiamento è sostenibile.

UN NUOVO RUOLO PER LA MEDICINA GENERALE?

Giampietro Luisetto – *Medico di Medicina Generale; Coordinatore Veneto SICP*

Le previsioni demografiche per il Paese impongono una riflessione urgente sull'organizzazione delle cure. Nel 2045 quasi il 28% della popolazione sarà compreso nella fascia di età tra i 65 e gli 84 anni, rispetto al 19% registrato nel 2007. Parallelamente, secondo un'elaborazione di Italia Longeva, la quota di ultra settantacinquenni assistiti in Assistenza Domiciliare Integrata è cresciuta dal 3,22% del 2014 al 4,71% del 2021. Sebbene il domicilio rimanga il luogo privilegiato di cura nelle società ad alto e medio reddito, le persone anziane trascorrono oggi periodi sempre più lunghi in condizione di malattia cronica complessa. Diventa quindi essenziale saper riconoscere le fasi di transizione dalla relativa stabilità clinica ai momenti di instabilità progressiva, garantendo una presa in carico attraverso servizi dedicati, coordinati e integrati tra ospedale e territorio.

IL PESO DELLA CRONICITÀ: I DATI DEL DATABASE SEARCH

Il database SEARCH della SIMG — che coinvol-

ge oltre mille ricercatori e raccoglie dati sanitari dal 2001 — fornisce una fotografia precisa del fenomeno. Il 40% della popolazione italiana presenta almeno una malattia cronica inguaribile ma curabile, tra cui esiti di ictus, cardiopatie ischemiche e scompenso cardiaco. Il 24% degli italiani convive con due o più condizioni croniche, e il 72% di questi segue una politerapia con cinque o più farmaci. Nel 2021 i pazienti con multicronicità hanno generato il 65% dei contatti con il medico di medicina generale. Questi dati rendono necessario un cambiamento di paradigma: occorre passare da una medicina di attesa a una medicina di iniziativa, che identifichi precocemente i soggetti a rischio, intervenga nelle fasi iniziali delle patologie, ritardi la comparsa di complicanze e di fragilità, e pianifichi l'assistenza con il coinvolgimento attivo del paziente.

IL RUOLO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Il Piano Sociosanitario della Regione Veneto 2012-2016 ha riconosciuto il ruolo centrale del medico di medicina generale, valorizzando in particolare le forme associative. Nel territorio bellunese, le caratteristiche geografiche hanno favorito la diffusione della medicina in rete, accanto a modelli

più strutturati come le medicine di gruppo integrate e le aggregazioni funzionali territoriali. In questo contesto, il medico di medicina generale è chiamato ad assumere un ruolo focale come professionista esperto: non un minispecialista, ma un generalista con competenze approfondite in ambiti quali la diabetologia, la cardiologia, la terapia del dolore o le cure palliative. Un professionista capace di mantenere una visione multidimensionale del paziente fragile e di diventare punto di riferimento per i colleghi nel proprio gruppo di lavoro o zona operativa.

CURE PALLIATIVE NEL TERRITORIO: EVIDENZE E INIZIATIVE LOCALI

Un'elaborazione del Progetto Arianna, condotta su oltre novecento pazienti con necessità di cure palliative, ha mostrato che il 65% di essi non ha sviluppato un livello di bisogno tale da richiedere la presa in carico da parte di unità specialistiche. Questo dato attribuisce alla medicina territoriale una responsabilità diretta nella gestione di questa fascia di pazienti, con un'attesa significativa riduzione dei tassi di ricovero ospedaliero.

Per tradurre questo orientamento in pratica clinica è indispensabile investire nella formazione. Nel bellunese, già nel 2021, grazie alla sinergia tra la Direzione ULSS, l'Ordine dei Me-

dici, le associazioni di volontariato Mano Amica e Cucchini e le società scientifiche SCP e SIMG, è stato attivato il primo corso veneto di formazione per medici di medicina generale con interesse specifico nelle cure palliative in territorio montano. È attualmente in corso la definizione di un percorso di certificazione che ne garantisca il riconoscimento normativo. Considerando le significative analogie territoriali tra la provincia di Trento e quella di Belluno, si propone un «Progetto Dolomiti» per strutturare l'approccio palliativo nelle aree montane a favore dei pazienti che necessitano di queste cure.

L'ESPERIENZA NEI CENTRI SERVIZI

Un ulteriore ambito di intervento riguarda i centri servizi, dove la tutela delle persone fragili ospiti richiede un approccio strutturato. Dal 2018 è attivo un progetto per l'introduzione precoce delle cure palliative in queste strutture, che prevede un percorso formativo esteso a medici, infermieri, operatori sociosanitari e a tutto il personale coinvolto. I risultati conseguiti sono significativi: si registrano una riduzione degli accessi al pronto soccorso, una diminuzione della mortalità extraresidenziale e dei ricoveri, nonché un marcato miglioramento nella misurazione e nel trattamento del dolore, la cui rilevazio-

ne è passata dal 60% del 2018 al 94% del 2023. Nelle strutture logisticamente idonee sono stati allestiti spazi dedicati all'accoglienza degli ospiti nella fase terminale della vita, con l'obiettivo di garantire un fine vita dignitoso e appropriato.

TELEMEDICINA E PROPOSTE OPERATIVE

L'utilizzo della telemedicina per l'assistenza e il monitoraggio a distanza rappresenta una risposta concreta alle esigenze di una popolazione che invecchia, porta con sé un crescente carico di cronicità ed è spesso geograficamente isolata. In questo quadro si avanzano due proposte operative: l'attivazione di un corso di formazione in telemedicina rivolto ai medici di medicina generale del territorio montano, e l'istituzione di un corso di ecoscopia che doti i professionisti di uno strumento di costo contenuto e utilizzo accessibile, utile per lo screening di condizioni cliniche rilevanti come lo scompenso cardiaco.

L'INFERMIERE DI COMUNITÀ: UNA NUOVA OPPORTUNITÀ?

| Luigi Pais Dei Mori – Presidente OPI Belluno

Più che soffermarmi sull'esperienza personale, intendo proporre una riflessione su una tematica

che ritengo innovativa nella sua applicazione concreta, pur non essendolo nella sua enunciazione teorica. Parto da una domanda volutamente provocatoria: la figura dell'infermiere di famiglia e di comunità rappresenta davvero un'opportunità per il sistema sanitario che stiamo cercando di costruire?

SOSTENIBILITÀ E FINANZIAMENTO:

LE QUATTRO OPZIONI

Il tema del finanziamento dei sistemi sanitari è centrale e non può essere eluso. Le opzioni percorribili sono essenzialmente quattro. La prima consiste nell'aumentare la spesa pubblica destinata alla sanità; la seconda nel riallocare risorse all'interno dei bilanci esistenti. Questi due approcci si confrontano con un dato strutturale difficilmente ignorabile: il rapporto tra spesa sanitaria e PIL nel nostro Paese si attesta al 6,2%, a fronte di una media OCSE dell'8-9%, una differenza che in termini assoluti equivale a circa 29 miliardi di euro. Gli incrementi recentemente annunciati, pur apprezzabili, non colmano questo divario.

La terza opzione — quella che si sta già realizzando in modo progressivo e non sempre dichiarato — consiste nel ridefinire il confine tra spesa pubblica e spesa privata. In Bulgaria e Grecia la quota

di spesa sanitaria diretta delle famiglie supera il 33%; in Italia è al 21%, mentre in Francia e Lussemburgo si ferma all'8-9%. È un trend che richiede una valutazione esplicita delle conseguenze e delle scelte di sistema che comporta.

La quarta opzione, quella ritenuta più promettente, è l'incremento dell'efficienza. Politiche orientate a promuovere popolazioni più sane e a eliminare le componenti inefficaci e dispendiose della spesa sanitaria potrebbero liberare tra 1 e 2,2 punti percentuali di PIL, equivalenti a circa 20 miliardi di euro: una cifra dell'ordine di grandezza necessaria a ridurre il divario con la media OCSE. Prossimità, prevenzione e educazione sanitaria non sono elementi accessori del sistema, ma rappresentano gli assi strategici della sua sostenibilità. Salvare il Servizio Sanitario Nazionale significa prima di tutto puntare su questi tre pilastri, orientando il sistema verso la prevenzione della malattia piuttosto che verso la sola risposta alla domanda.

UNA «INNOVAZIONE» DI LUNGA DATA

Occorre tuttavia essere onesti sulla reale portata di novità di questo orientamento. Già nel 1998 l'OMS richiama la necessità di cure primarie orientate alla famiglia e alle comunità, sottolineando l'importanza di professionisti

della salute dotati di competenze adeguate a proteggere e promuovere la salute delle persone. Il tema è stato ripreso nella Conferenza delle Regioni del 2004, nel Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 e nei documenti OMS del 2013 in preparazione dell'agenda di salute per il 2020. Un atto di indirizzo del Ministero della Salute del 2018 cercava già di concretizzare queste logiche in epoca pre-pandemica. Non si tratta, dunque, di idee nuove: si tratta di idee che faticano a trovare attuazione concreta. Il problema non è la visione, ma la sua messa a terra. Un dato ISTAT del 2018 offre una misura della distanza tra le dichiarazioni di principio e la realtà vissuta dalle persone: quasi 9 milioni di italiani dichiaravano di avere paura di restare soli nel momento del bisogno. Questa è l'antitesi della presa in carico; è una forma di povertà sanitaria e sociosanitaria che non è riducibile alla sola dimensione economica, ma chiama in causa la povertà di risorse relazionali, assistenziali e di rete.

IL CONTESTO TERRITORIALE E LA SFIDA DELLA CRONICITÀ

Nel territorio della provincia di Belluno le caratteristiche demografiche amplificano le criticità di sistema. La provincia si colloca ai primi posti

per indice di vecchiaia e presenta una popolazione dispersa su un territorio montano, con una concentrazione di persone fragili in condizioni di isolamento geografico che rendono necessari ragionamenti organizzativi specifici. I dati sulla cronicità raccolti nell'ambito di un'esperienza di medicina di gruppo nel 2020 mostrano che la componente prevalente del carico assistenziale riguarda patologie ad alto impatto sociale: molta clinica, ma soprattutto molta assistenza, che richiede non solo infermieri, ma anche operatori di supporto e assistenti sociali, in una logica di rete che stenta ancora a tradursi in pratica. A questo si aggiunge una sfida silenziosa ma di portata enorme: nel 2040 l'Italia sarà il quarto Paese al mondo per numero di persone affette da demenza. Le risposte più efficaci a questa sfida si trovano proprio nel perimetro del tema in discussione: interventi di rete efficaci e efficienti, prevenzione primaria e secondaria attraverso la modifica degli stili di vita, e una visione integrata della salute che includa i bisogni delle popolazioni più vulnerabili.

LA FIGURA DELL'INFERMIERE DI FAMIGLIA E COMUNITÀ

La Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche ha elaborato

un position statement che definisce il profilo dell'infermiere di famiglia e comunità, figura prevista dalla normativa vigente ma non ancora pienamente realizzata. Questo professionista è concepito come attivatore di risorse, con particolare attenzione alla fragilità — non solo anagrafica, ma anche digitale, considerando le problematiche di accesso che la sanità digitale pone a fasce significative di popolazione. Il suo ruolo include il controllo proattivo delle persone, il potenziamento della rete sociosanitaria in un'ottica di integrazione e aderenza terapeutica, e il coinvolgimento dei caregiver e delle reti di prossimità. Un documento Agenas del settembre 2023 ha ulteriormente precisato le componenti di questo profilo.

Occorre essere chiari su un punto: il cambiamento non si realizza con una semplice ridefinizione. Dietro la costruzione delle competenze core di questa figura — definite anche dalla DGR regionale 1123 del 2023 — vi è un impegno formativo significativo. Il percorso formativo di questi professionisti deve avere una base accademica solida; i master di primo livello già attivi rappresentano un passaggio intermedio, ma l'obiettivo è la laurea magistrale clinica in scienze infermieristiche nell'ambito della famiglia e della comunità, o in scienze in-

fermieristiche di salute pubblica. Due università stanno già lavorando in questa direzione.

STANDARD, FABBISOGNI E LIMITI STRUTTURALI

Il modello organizzativo proposto da Agenas prevedeva inizialmente un infermiere di famiglia e comunità ogni 2.000-3.000 abitanti. La forbice tra questi due estremi corrisponde, a livello nazionale, a 10.000 professionisti: una differenza non trascurabile in un contesto già caratterizzato da carenza di personale. Lo standard attualmente adottato è di un infermiere ogni 3.000 abitanti, il che in provincia di Belluno corrisponde a 66 figure. Rispetto alla dotazione attuale — nel 2022 si contavano 8 infermieri con formazione adeguata e altri 5 potenzialmente attivabili, a fronte di una stima di fabbisogno di 9 unità secondo il documento regionale — si tratta di un obiettivo impegnativo. L'obiettivo nazionale di 43.000 infermieri aggiuntivi entro il 2027 non è realisticamente raggiungibile nelle condizioni attuali. È quindi necessario definire con precisione le priorità e i criteri di inclusione del target di popolazione. In provincia di Belluno il bacino di riferimento primario è rappresentato da quel 19,9% di pazienti con patologie singole non complesse,

pari a circa 39.400 persone. A livello nazionale si stima una platea di 34 milioni di persone.

UN'EFFICIENZA NON ANCORA CONTABILIZZATA

Un elemento di inefficienza sistemica che merita attenzione riguarda la contabilizzazione delle prestazioni. Attualmente manca, tra i contenitori classificatori del sistema, un contenitore specifico per le prestazioni assistenziali: prestazioni numericamente rilevanti, erogate dagli infermieri, vengono contabilizzate come prestazioni di altri professionisti sanitari, tipicamente medici, con un aggravio economico ingiustificato a parità di prestazione. Non si tratta di malafede, ma di una lacuna strutturale che produce inefficienza. Riclassificare correttamente le prestazioni erogate dai professionisti competenti non richiede risorse aggiuntive, ma genera efficienza reale: è una componente concreta di quella quarta opzione — l'incremento di efficienza — che risulta la più praticabile e la meno esplorata.

CONCLUSIONE

La necessità di rivedere radicalmente i modelli organizzativi non è più discutibile. Esiste una domanda esplicita da parte delle persone —

un desiderio di prossimità, capillarità, qualità e sicurezza delle cure — che i sistemi sono chiamati a soddisfare. Questo richiede non solo una riorganizzazione dei servizi, ma anche una revisione profonda della professione infermieristica in termini di prontezza, adeguatezza e cultura professionale.

La figura dell'infermiere di famiglia e comunità non è la risposta a tutti i problemi del sistema, ma può essere un tassello determinante, a condizione che sia sostenuta da formazione adeguata, standard chiari, risorse proporzionate e strumenti di misurazione degli esiti.

PNRR E MONTAGNA: QUALI PROSPETTIVE? QUALE RUOLO PER LE FARMACIE?

Andrea Bellon – *Presidente Federfarma
Veneto*

Le farmacie hanno da sempre considerato una priorità il presidio delle aree montane e rurali, assicurando ai cittadini l'accesso ai servizi sanitari anche nei contesti più disagiati. In Italia le farmacie sono circa ventimila, di cui seimila rurali, presenti in comuni con meno di cinquemila abitanti.

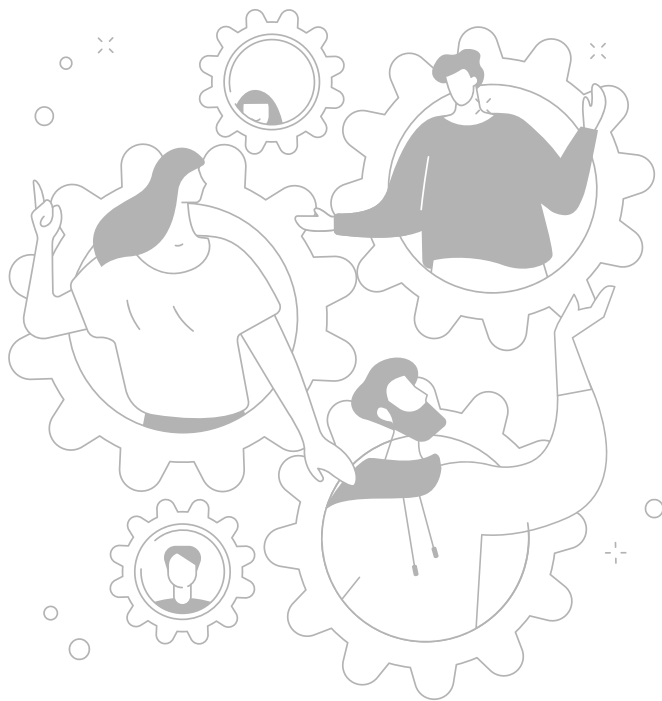
Questo dato restituisce la misura di come la

farmacia rappresenti una struttura di prossimità capillare, in territori dove negli ultimi anni si è assistito alla progressiva scomparsa di servizi storicamente ritenuti essenziali — dalle caserme alle banche, fino ad alcuni presidi comunitari tradizionali. I farmacisti che operano da soli in piccoli comuni disagiati continuano a garantire il servizio con grande impegno, instaurando spesso con i cittadini un rapporto personale e confidenziale che trascende il ruolo strettamente professionale. La farmacia si conferma così un punto di riferimento imprescindibile come primo presidio della salute sul territorio.

DISTRIBUZIONE DEL FARMACO E COLLABORAZIONE CON LA FILIERA

La funzione storica della farmacia — la dispensazione del farmaco — continua a essere svolta quotidianamente, anche nelle aree più remote, grazie alla collaborazione con i grossisti e le organizzazioni della distribuzione intermedia, che garantiscono più rifornimenti giornalieri. A questa si affianca la distribuzione per conto (DPC), avviata dal Veneto diversi anni fa e considerata uno strumento strategico di grande valore. La DPC risponde a una duplice esigenza

za: da un lato consente alla pubblica amministrazione di contenere la spesa per l'acquisto dei farmaci; dall'altro garantisce ai cittadini un accesso di prossimità al farmaco. Attualmente permette di distribuire diversi milioni di confezioni nella regione, e l'obiettivo è rafforzarla ulteriormente, anche in sostituzione della distribuzione diretta, il cui ricorso rimane ancora elevato e che potrebbe essere efficacemente sostituita da questa modalità, apprezzata sia dalle istituzioni sia dai cittadini.



LA FARMACIA DEI SERVIZI: DALL'ENUNCIAZIONE ALLA PRATICA

La normativa sulla farmacia dei servizi risale al 2009, ma per anni è rimasta in larga misura inattuata, limitandosi a servizi marginali erogati in regime privatistico su iniziativa dei singoli titolari. La pandemia ha rappresentato un acceleratore decisivo: ha prodotto una nuova consapevolezza — tra operatori sanitari, cittadini, politica e istituzioni — del ruolo che la farmacia può concretamente svolgere nel sistema delle cure. Le campagne vaccinali e l'esecuzione di tamponi diagnostici durante la fase pandemica hanno dimostrato questa capacità operativa su larga scala, con oltre dieci milioni di test Covid effettuati in due anni.

Oggi il contributo delle farmacie si estende ad ambiti di grande rilevanza strategica: prevenzione, screening, telemedicina e assistenza. In questo quadro si partecipa attivamente alla campagna di screening per il carcinoma colorettale, attraverso la quale i cittadini possono ritirare e riconsegnare il materiale biologico direttamente in farmacia, con l'invio al laboratorio di riferimento garantito dalla rete distributiva. Le farmacie svolgono inoltre attività complementari a quelle del medico di medicina generale e dei servizi di prevenzione: un

esempio significativo è lo screening del diabete non noto, che prevede la somministrazione di un questionario validato e, ove indicato, la misurazione della glicemia con glucometro in farmacia, permettendo di identificare soggetti a rischio inconsapevole.

TELEMEDICINA: POTENZIALE E DATI DI ATTIVITÀ

La telemedicina rappresenta uno degli ambiti in cui le farmacie esprimono maggiore potenziale. Nonostante il servizio sia stato finora erogato esclusivamente in regime privatistico, circa il 50% delle farmacie venete è già impegnato in attività di telemedicina, con l'elettrocardiografia come prestazione più richiesta. I dati quantitativi confermano la rilevanza del fenomeno: nel solo 2022 sono stati effettuati 130.000 test di telemedicina tramite le farmacie venete, con un ulteriore incremento nel 2023.

Il valore aggiunto della farmacia in questo ambito è duplice. Da un lato, la rete logistica è già strutturata e i relativi costi sono interamente a carico del titolare, senza oneri aggiuntivi per il sistema. Dall'altro, la farmacia intercetta cittadini che, per ragioni logistiche o psicologiche, evitano il ricorso alle strutture ospedaliere, trovando nel presidio di prossimità un ambiente

più accessibile e familiare. Questa caratteristica si è manifestata con evidenza anche durante le campagne vaccinali, confermando che la farmacia è in grado di raggiungere fasce di popolazione altrimenti difficili da coinvolgere nei percorsi di prevenzione e cura.

Claudia Pietropoli – Componente Consiglio Nazionale Federfarma e Vice Presidente Federfarma Veneto

Il territorio bellunese offre un esempio emblematico del ruolo che le farmacie rurali svolgono nella sanità di prossimità. Nella provincia sono attive 59 farmacie in comuni con popolazione inferiore ai 5.000 abitanti, a cui si aggiungono 5 dispensari: una rete capillare che costituisce, di fatto, il principale punto di riferimento sanitario per la popolazione locale.

RICONOSCERE LA FARMACIA COME PRESIDIO SANITARIO COMUNITARIO

In questo contesto, si rivolge un appello specifico alle conferenze dei sindaci, affinché la farmacia venga riconosciuta non come mero esercizio commerciale, ma come presidio sanitario e luogo di aggregazione comunitaria. Le farmacie rurali sono strutture già informatiz-

zate e digitalizzate, presidiate da professionisti qualificati in grado di sostenere i cittadini più fragili e i pazienti cronici. La loro accessibilità — garantita da turni h24 e dall'assenza di necessità di appuntamento — le rende insostituibili in aree dove altri servizi sanitari territoriali risultano assenti o ridotti. La pandemia ha evidenziato con chiarezza questa centralità, ampliando le potenzialità operative della farmacia e consolidando il rapporto di fiducia con la comunità.

SINERGIA TRA PROFESSIONISTI E INFRASTRUTTURA DIGITALE

Sul piano delle sinergie professionali, si auspica una collaborazione strutturata tra farmacisti, medici di medicina generale e infermieri di comunità. La formazione continua rappresenta un requisito imprescindibile per sostenere questo modello integrato, ma è altrettanto necessario garantire un'adeguata infrastruttura di rete, condizione abilitante per qualsiasi progetto di digitalizzazione territoriale. In questa prospettiva, è essenziale che la farmacia di comunità sia coinvolta attivamente nell'implementazione del DM 77, nel cui impianto è già prevista, con un ruolo definito nella presa in carico non solo del paziente fragile ma, soprattutto, del paziente cronico.

PRESCRIZIONE DEMA E CONTINUITÀ TERAPEUTICA DEL PAZIENTE CRONICO

Il decreto semplificazioni attualmente in discussione introduce un'ulteriore opportunità. La prescrizione in DEMA — già vigente in Veneto — potrebbe essere estesa a 12 mesi, consentendo al farmacista di partecipare, in modo complementare e mai sostitutivo rispetto al medico di medicina generale, alla gestione continuativa della terapia del paziente cronico. Si tratta di una misura fortemente voluta in accordo con i medici di medicina generale, nell'interesse del paziente: in particolare di chi presenta profili di complessità elevata, come i politrattati con regimi farmacologici articolati. La gestione condivisa della terapia, con il coinvolgimento dell'infermiere di comunità, risponde anche a un'esigenza di appropriatezza e di ottimizzazione delle risorse, inclusa la riduzione degli sprechi farmaceutici.

TAVOLA ROTONDA: ALLA RICERCA DI NUOVE PROPOSTE

*Moderatore: **Luciano Flor** – già Direttore Generale Area Sanità e Sociale, Regione del Veneto*

I contributi emersi nel corso della sessione mattutina offrono un quadro articolato attorno a quattro assi tematici fondamentali: il territorio, l'ospedale, le tecnologie e le professioni. Questi elementi costituiscono altrettanti punti di partenza per una riflessione prospettica, tanto più necessaria in un contesto in cui l'evoluzione tecnologica impone un ripensamento dei modelli organizzativi consolidati, spesso costruiti in epoche profondamente diverse dall'attuale.

LA MANCATA DIFFUSIONE DELLE BUONE PRATICHE

Una prima considerazione riguarda la disomogeneità nell'applicazione delle buone pratiche. L'eccellenza esiste, ed è documentata in diversi contesti; ciò che manca è la sua sistematica diffusione. Laddove soluzioni efficaci vengono sviluppate, esse rimangono troppo spesso circoscritte, senza generare un effetto moltiplicatore sull'intero sistema. Questa dispersione di valore è qual-

cosa che il sistema sanitario non può permettersi.

LA COMUNICAZIONE COME LEVA DI ORIENTAMENTO E FIDUCIA

Una seconda considerazione, di carattere trasversale rispetto agli ambiti discussi, riguarda la comunicazione al paziente. Il cittadino informato è un cittadino capace di orientarsi, e l'orientamento produce fiducia verso i servizi sanitari. Al contrario, la frammentazione delle informazioni — che costringe il malato a ricercarle autonomamente e in modo disorganizzato — genera incertezza e, in ultima istanza, sfiducia. Questa dinamica si aggrava quando, all'interno dello stesso sistema, operatori di diversi ambiti — ospedaliero e territoriale, o anche all'interno della medesima struttura — non condividono le conoscenze disponibili, con il rischio concreto che il paziente riceva messaggi contraddittori. È quindi necessario che il sistema sanitario adotti una comunicazione unitaria verso il paziente: la coerenza informativa non è un dettaglio organizzativo, ma una condizione strutturale per costruire un rapporto di fiducia duraturo tra il cittadino e i servizi cui si rivolge.

TERZA SESSIONE

ESPERIENZE A CONFRONTO

REGIONE PIEMONTE

Alessandro Stecco – *Presidente IV Commissione Sanità, Regione Piemonte*

LE AREE INTERNE ITALIANE: UN QUADRO EPIDEMIOLOGICO E DEMOGRAFICO CRITICO

Le aree interne italiane presentano un quadro epidemiologico e demografico che richiede attenzione specifica e soluzioni organizzative non convenzionali. In collaborazione con il professor Faggiano, epidemiologo, sono state approfondite una serie di tematiche relative al Piemonte che, per le loro caratteristiche strutturali, sono generalizzabili a tutti i territori montani e, più ampiamente, a tutte le aree interne del Paese.

RISCHIO SANITARIO E DISUGUAGLIANZE DI ACCESSO

Il punto di partenza è un duplice rischio: da un lato, la presenza di gruppi di popolazione più esposti a determinate patologie — in primo luogo gli anziani —; dall'altro, le persistenti disuguaglianze

nell'accesso ai servizi sanitari. Questa combinazione genera una pressione crescente sulle zone meno servite, dove la transizione verso la cronicità è particolarmente marcata, mentre le patologie pediatriche risultano meno rappresentate. Le aree interne, classificate secondo criteri consolidati in periferiche e ultra-periferiche, sono caratterizzate da un elevato rischio di spopolamento e di invecchiamento della popolazione, fenomeni tra loro interconnessi e reciprocamente amplificanti.

DECLINO DEMOGRAFICO E PROIEZIONI DI SOSTENIBILITÀ

I dati demografici confermano la gravità della tendenza in atto. Negli ultimi dodici anni, il Piemonte ha registrato una perdita del 10% della popolazione nelle aree interne campionate, caratterizzate da un'altitudine media di mille metri e una densità di 4,3 abitanti per chilometro quadrato. Le proiezioni epidemiologiche indicano che, in assenza di interventi correttivi, l'intero sistema insediativo delle aree interne piemontesi potrebbe esaurirsi nell'arco di 111 anni. Com-

piessivamente, il 15% della popolazione piemontese risiede attualmente in aree classificate come intermedie, periferiche o ultraperiferiche.

ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI E IMPATTO SUGLI ESITI DI SALUTE

A questo scenario demografico si sovrappone un problema critico di accessibilità ai servizi sanitari. In alcune zone, il tempo necessario per raggiungere un ambulatorio supera i 40 minuti, con percorrenze superiori ai 40 chilometri. In condizioni di emergenza, questa distanza assume una rilevanza clinica diretta: non si tratta soltanto dell'accesso alle cure primarie, ma della possibilità concreta di ricevere trattamenti tempo-dipendenti — come la trombolisi o la trombectomia in caso di ictus — entro le finestre terapeutiche necessarie. La speranza di vita nelle aree interne risulta inferiore rispetto alle aree urbane, con un divario che, pur parzialmente ridottosi nel tempo, rimane misurabile e statisticamente significativo, sia nella popolazione maschile che in quella femminile.

MODELLI DI PROSSIMITÀ E INNOVAZIONE ORGANIZZATIVA

Per contrastare queste tendenze, il sistema sanitario tradizionale non è da solo sufficien-

te. È necessario introdurre presidi e strumenti complementari: gli infermieri di comunità, le farmacie rurali e le farmacie dei servizi, e la telemedicina rappresentano i pilastri di un modello di prossimità capace di raggiungere la popolazione nelle zone più isolate. Alcune aziende sanitarie locali hanno già sviluppato esperienze significative in questa direzione — progetti di telemedicina con il supporto degli infermieri di comunità, servizi mobili con unità itineranti — ma queste iniziative rimangono frammentate e non sistematizzate.

LA RISPOSTA ISTITUZIONALE DELLA REGIONE PIEMONTE

Per questo, è stata presentata alla Giunta regionale del Piemonte una proposta volta a istituire una cabina di regia dedicata, con il mandato di raccogliere le migliori esperienze esistenti, favorirne la condivisione tra le diverse aree e coordinare una risposta organica alle criticità delle aree interne. Il Consiglio regionale ha votato a favore dell'istituzione di una task force specifica. L'obiettivo è superare la frammentazione attuale, affrontare congiuntamente i problemi di viabilità e connettività digitale, e costruire un modello organizzativo adeguato alla complessità del contesto.

TECNOLOGIA, GOVERNANCE E EQUITÀ SANITARIA

Le tecnologie disponibili oggi rendono possibile una vera discontinuità rispetto al passato. Tuttavia, l'innovazione tecnologica da sola non è sufficiente: occorre un'organizzazione sanitaria regionale rinnovata, capace di mettere a sistema le esperienze migliori e di agire in modo coordinato tra comunità montane, istituzioni regionali e expertise clinica e epidemiologica. Garantire l'accesso ai servizi sanitari nelle aree interne non è soltanto una scelta organizzativa: è un imperativo di equità, coerente con i principi costituzionali e con la missione fondamentale della sanità pubblica.

| Moderatore

La condivisione sistematica delle esperienze che già funzionano rappresenta uno degli strumenti più efficaci — e più sottovalutati — a disposizione dei sistemi sanitari regionali. Non si tratta di inventare soluzioni nuove, ma di riconoscere, valorizzare e replicare ciò che in altri contesti ha già dimostrato la propria efficacia. Il confronto diretto tra realtà che affrontano problemi analoghi — come quello in corso tra le esperienze piemontese e veneta — è una

modalità concreta e immediata per accelerare questo processo, riducendo i tempi e i costi della sperimentazione autonoma.

Le tecnologie disponibili oggi rendono realizzabili interventi che fino a pochi anni fa erano impensabili, e la letteratura scientifica documenta esperienze già consolidate in diversi contesti nazionali e internazionali. Il nodo critico non è quindi l'esistenza delle soluzioni, ma la capacità delle organizzazioni sanitarie e dei quadri normativi di adottarle su scala. Quando l'accesso alle innovazioni tecnologiche rimane circoscritto ad alcune aree o popolazioni, esso diventa esso stesso fonte di disuguaglianza, contraddicendo il principio di equità che deve orientare la sanità pubblica.

REGIONE LOMBARDIA

**| Mario Giovanni Melazzini – Direzione Generale
Welfare, Regione Lombardia**

Il servizio sociosanitario lombardo è chiamato quotidianamente a rispondere ai bisogni di salute di quasi 10 milioni di cittadini, distribuiti su un territorio che negli ultimi anni ha registrato un calo demografico significativo: la popolazione regionale è scesa da circa 10 milioni e 160

mila a circa 9 milioni e 900 mila abitanti. Questa contrazione non è uniforme, e si manifesta con particolare intensità nelle aree interne e montane, dove le dinamiche demografiche assumono caratteristiche specifiche che richiedono risposte organizzative adeguate.

L'ASSETTO ISTITUZIONALE E GLI SQUILIBRI DEMOGRAFICI

Il sistema sanitario regionale è articolato in otto Agenzie di Tutela della Salute, ciascuna responsabile della gestione dei servizi ospedalieri e territoriali attraverso le Aziende Sociosanitarie Territoriali. Per le aree interne e montane, i territori di riferimento principali sono l'ATS della Montagna e l'ATS dell'Insubria, entrambe caratterizzate da un indice di vecchiaia sensibilmente superiore alla media regionale. A questo si aggiunge un calo della natalità che, nell'ultimo anno, ha raggiunto il 6% su base regionale, accentuando ulteriormente lo squilibrio demografico. Un caso emblematico delle implicazioni organizzative di questo contesto è rappresentato dall'ASST Valtellina Alto Lario, che copre un territorio di 3.300 km² con una popolazione di circa 180.000 abitanti: una densità abitativa molto bassa, che impone soluzioni assistenziali non standardizzabili.

STAGIONALITÀ DEI FLUSSI E PRESSIONE SUI SERVIZI SANITARI

Un elemento di complessità ulteriore è rappresentato dalla stagionalità dei flussi di popolazione. In alcune aree montane, come l'alta Valtellina, la presenza di persone oscilla tra i 30-35 mila residenti stabili e punte di 3 milioni di presenze durante le stagioni turistiche estive e invernali. Questa variabilità richiede una capacità di risposta flessibile, sia in ambito ospedaliero che territoriale, dimensionata non sulla popolazione residente bensì sulla domanda effettiva di servizi.

CRONICITÀ, DISTANZA GEOGRAFICA E SOSTENIBILITÀ DEL SISTEMA

A queste criticità si sovrappone il peso crescente della cronicità: circa il 35% della popolazione lombarda over 65 è affetta da almeno due patologie croniche. Gestire questa quota di popolazione in contesti caratterizzati da distanze elevate — anche 35-40 chilometri per raggiungere un ospedale o un ambulatorio — e da infrastrutture di mobilità spesso inadeguate rappresenta una delle sfide più rilevanti per la sostenibilità del sistema. L'obiettivo è garantire una presa in carico continuativa e di qualità senza compromettere la qualità di vita dei pazienti, semplifi-

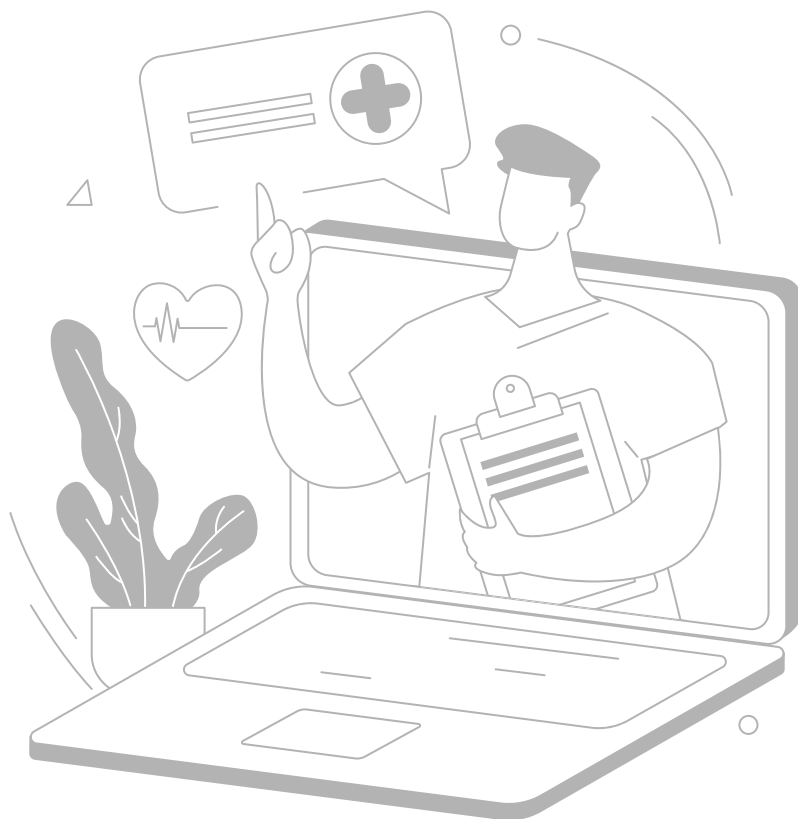
cando i percorsi assistenziali e orientando il cittadino nella rete dei servizi disponibili.

TELEMEDICINA, E-HEALTH E PROGRAMMAZIONE SANITARIA

In questo quadro, la telemedicina e gli strumenti di e-health costituiscono leve strategiche irrinunciabili. In Lombardia sono in corso diversi progetti volti a consentire ai cittadini delle aree montane di accedere, tramite il medico di medicina generale e le case di comunità, a strumenti di teleconsulto e televisita, con l'obiettivo di migliorare la gestione appropriata dei pazienti complessi e con comorbidità. Questi sviluppi si collocano nel quadro normativo definito dal DM 77 e negli investimenti previsti dalla Missione 6 del PNRR, sia nella componente dedicata alla medicina di prossimità che in quella relativa all'innovazione digitale. L'analisi sistematica dei dati di produzione e consumo sanitario per abitante — in regime di ricovero e ambulatoriale — costituisce la base informativa necessaria per orientare le scelte di policy e di management verso modelli organizzativi applicabili e sostenibili.

MILANO-CORTINA 2026 COME ACCELERATORE DI INNOVAZIONE

Un'opportunità concreta per accelerare questo processo è rappresentata dalle Olimpiadi e Paralimpiadi Invernali Milano-Cortina 2026. L'organizzazione sanitaria richiesta dal Comitato Olimpico Internazionale per la gestione dell'evento potrà fungere da acceleratore per lo sviluppo di modelli di risposta sanitaria in contesti



montani, lasciando una legacy strutturale positiva per i territori interessati e migliorando stabilmente l'offerta di servizi per la popolazione residente nelle aree interne

UNCCEM

Marco Bussone – *Presidente UNCCEM, Unione Nazionale Comuni Comunità Enti Montani*

UNA QUESTIONE NAZIONALE: LA SANITÀ NELLE AREE INTERNE

Le tematiche affrontate nel dibattito sulla sanità territoriale nelle aree interne non riguardano una porzione circoscritta del Paese, ma investono l'insieme del sistema istituzionale nazionale. L'abbandono dell'Appennino, così come quello delle aree alpine, è un problema che chiama in causa lo Stato nella sua interezza, non soltanto le comunità direttamente interessate. In questo quadro, il ruolo delle Regioni è decisivo: non solo nella programmazione sanitaria, ma nella capacità concreta di accorciare le distanze territoriali e ridurre le disuguaglianze nell'accesso ai servizi. Le buone pratiche sviluppate a livello regionale — come quelle in corso di elaborazione in Piemonte — devono poter diventare politiche condivise,

con il coinvolgimento attivo del Ministero della Salute.

PRESENZA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE E SERVIZI DI PROSSIMITÀ

Un primo nodo riguarda la presenza del medico di medicina generale nei comuni montani più isolati. La proposta di garantire un medico e un'ambulanza in ogni comune, già sottoposta a più Ministri degli Affari Regionali e dell'Autonomia nel corso degli ultimi anni, rimane un obiettivo prioritario che dovrà trovare spazio nella futura legge sulla montagna. Il punto critico è la definizione di incentivi economici adeguati, capaci di rendere effettivamente attrattiva la scelta di mantenere uno studio medico in contesti remoti. I Comuni sono già disponibili — e in molti casi già operativi — nel mettere a disposizione spazi con canoni di locazione calmierati o azzerati, affinché questi studi possano configurarsi come veri presidi territoriali. È tuttavia necessario vigilare affinché le Case della Comunità, introdotte dal DM 77 e finanziate attraverso il PNRR, non producano un effetto di concentrazione dei servizi che allontani ulteriormente le cure primarie dai cittadini delle aree più periferiche.

STRUMENTI CONTRATTUALI E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

I contratti integrativi regionali, in corso di definizione, rappresentano uno strumento aggiuntivo per strutturare soluzioni specifiche per la sanità territoriale nelle aree montane. Queste risorse costituiscono un'opportunità che va oltre il contesto montano, con ricadute positive sull'intero sistema di cure primarie. Analoga valenza strategica riveste la figura dell'infermiere di comunità, presente in alcuni territori italiani da decenni — con esperienze pionieristiche come quella della Valle Maira — e oggi sempre più integrata con gli impegni degli enti locali nella presa in carico sanitaria e assistenziale. È questo il nodo centrale per affrontare la cronicità e le patologie che richiedono un approccio integrato tra dimensione sanitaria e dimensione sociale: un'integrazione che richiede sinergie operative strutturate e continuative.

EMERGENZA E INFRASTRUTTURE PER IL SOCCORSO

Sul versante dell'emergenza, è necessario investire in modo sistematico nella dotazione infrastrutturale dei comuni montani, a partire dalla disponibilità di piazzole idonee all'atterraggio notturno degli elicotteri. Alcune Regioni, in particolare quel-

le del Nord, hanno già una consolidata esperienza nell'allocazione di risorse per la copertura delle ore notturne; in altri contesti questo standard non è ancora garantito, con conseguenze dirette sui rischi di mortalità evitabile.

TELEMEDICINA E SANITÀ DIGITALE

La telemedicina e gli strumenti di e-health hanno già dimostrato, in numerose esperienze condotte in collaborazione tra Comuni, ASL, medici di medicina generale, RSA e farmacie, una significativa capacità di risposta ai bisogni degli utenti più fragili, in primo luogo gli ultraottantenni. La qualità delle scelte operate dagli enti locali in questo ambito testimonia una maturità progettuale che merita di essere valorizzata e sistematizzata. In questa direzione si colloca anche la questione del Fascicolo Sanitario Elettronico: la transizione verso un fascicolo unico nazionale, superando la frammentazione dei fascicoli regionali, è una condizione necessaria per ottimizzare l'efficacia degli strumenti digitali in un contesto di crescente utilizzo dell'intelligenza artificiale, di gestione avanzata dei dati e di cloud nazionali certificati.

IL RUOLO DELLE FARMACIE NELLA RETE TERRITORIALE

Le farmacie rappresentano un presidio già ca-

pillarmente distribuito sul territorio, dotato di risorse — anche attraverso il PNRR — e di esperienze consolidate nell'erogazione di servizi avanzati in collaborazione con i medici regionali. Si tratta di un patrimonio che il sistema deve saper valorizzare pienamente, in sinergia con le altre figure professionali della rete territoriale.

VERSO UNA STRATEGIA ORGANICA PER LA MONTAGNA

L'obiettivo complessivo è il passaggio da una logica di progetti singoli — per quanto significativi — a una strategia organica che garantisca la presenza stabile dei servizi sui territori, in condizioni di sicurezza, per chi vi risiede in modo permanente e per chi li frequenta per ragioni di lavoro, studio o svago. Il cambiamento climatico aggiunge a questo quadro una dimensione ulteriore, imponendo una riflessione su come si abita la montagna e su come si garantiscono condizioni di sicurezza e qualità della vita adeguate in contesti sempre più esposti a rischi ambientali.

| Moderatore

La collaborazione tra aziende sanitarie e Comuni non è una variabile facoltativa del siste-

ma: è una condizione strutturale, che va attivamente costruita, richiesta e condivisa. Ciò che è possibile fare va fatto nel momento in cui è possibile farlo, senza attendere condizioni più favorevoli.

Il concetto stesso di «soluzioni innovative» merita una lettura più radicale di quanto spesso si faccia. Non si tratta sempre di introdurre qualcosa di inedito: si tratta, prima ancora, di avere il coraggio di abbandonare ciò che non funziona più. L'innovazione reale richiede una disponibilità a scegliere diversamente rispetto alle abitudini consolidate, a partire da un'analisi onesta delle risorse già disponibili e del modo in cui vengono utilizzate.

Un elemento fondamentale in questa riflessione è la differenziazione della domanda di salute in base alla composizione della popolazione. I cittadini che accedono ai servizi sanitari una volta ogni tre o quattro anni hanno bisogni radicalmente diversi da quelli che vi ricorrono frequentemente, e ancora diversi da quelli che richiedono un monitoraggio continuativo per patologie croniche. Non esiste una soluzione organizzativa unica, e la pianificazione dei servizi deve tenere conto di questa eterogeneità, declinandosi in funzione del contesto territoriale specifico. Ciò che è praticabile in un centro come Feltre non è necessaria-

mente replicabile nei comuni della montagna feltrina: il punto di riferimento costante deve essere il bisogno del cittadino, non la standardizzazione del modello erogativo.

Il peso crescente della cronicità e dell'invecchiamento della popolazione impone un riorientamento delle priorità del sistema sanitario. Gli over 65 rappresentano già oggi i principali utilizzatori dei servizi; gli over 90 e gli over 100 costituiscono una fascia in continua espansione demografica, con un impatto diretto e crescente sull'organizzazione delle cure. Tra le condizioni che richiedono un'attenzione specifica a livello territoriale, i disturbi neurocognitivi — in primo luogo le demenze e i disturbi del comportamento — meritano una riflessione approfondita: si tratta di patologie che, oltre a gravare sui servizi sanitari, producono un impatto devastante sull'organizzazione familiare e che necessitano di risposte territoriali strutturate. Spostare il focus dal perimetro tradizionale del sistema — medico di medicina generale, ospedale, specialista, farmacia, pediatra — verso il cittadino nella sua complessità significa interrogarsi su come organizzare le risposte in modo coerente con i bisogni reali della popolazione. Essere realisti, in questo contesto, significa essere ancorati al momento presente

nelle sue coordinate di spazio e di tempo: non proiettarsi su scenari futuri ideali, ma agire con efficacia sulle condizioni esistenti.

AZIENDA ULSS 1 DOLOMITI

Maria Caterina De Marco – *Direttore Sanitario, ULSS 1 Dolomiti*

L'ULSS 1 Dolomiti opera su un territorio di grande estensione geografica caratterizzato da una densità abitativa di 55 abitanti per chilometro quadrato, a fronte di una media regionale veneta di 264. La popolazione, già ridotta rispetto all'ampiezza del bacino, è in ulteriore contrazione: negli ultimi due anni l'azienda ha registrato una perdita di quasi duemila abitanti. Il profilo demografico è segnato da un indice di vecchiaia elevato, un indice di dipendenza degli anziani altrettanto alto e una natalità particolarmente bassa. L'azienda è articolata in due distretti sanitari — Belluno e Feltre — con caratteristiche molto differenti: il distretto di Belluno comprende aree montane scarsamente abitate come il Cadore, il Comelico e l'Agordino, mentre il distretto di Feltre presenta una densità abitativa relativamente più alta e un numero inferiore di comuni.

L'OFFERTA ASSISTENZIALE E GLI ASSI STRATEGICI

L'offerta assistenziale è interamente pubblica e comprende cinque ospedali pubblici, cinque ospedali di comunità, due hospice, numerosi punti erogativi distrettuali e del Dipartimento di Prevenzione, e un privato accreditato di dimensioni trascurabili. Negli ultimi due anni la direzione aziendale ha concentrato il proprio impegno su quattro assi strategici: medicina di prossimità, innovazioni per l'assistenza sanitaria, rete dei soccorsi e politiche del personale.

MEDICINA DI PROSSIMITÀ E ASSISTENZA DOMICILIARE

Sul versante della medicina di prossimità, le medicine generali integrate sono state potenziate con strumentazione diagnostica di primo livello — ecografi e spirometri — non per trasferire competenze specialistiche al medico di medicina generale, ma per migliorare l'appropriatezza delle richieste agli specialisti e favorire la gestione domiciliare dei pazienti. L'ecografo, a esempio, consente al medico di medicina generale di valutare uno scompenso cardiaco in atto e, con il supporto specialistico, di evitare il ricovero ospedaliero. È stata inoltre avviata la presenza di specialisti ospedalieri diretta-

mente negli ambulatori dei medici di medicina generale: gli otorinolaringoiatri effettuano già visite in questa modalità, con l'estensione prevista ad altre specialità. Sono state create agende strutturate per teleconsulti tra medici di medicina generale e specialisti ospedalieri — cardiologi, pneumologi, diabetologi — con l'obiettivo di definire percorsi clinici appropriati e evitare richieste diagnostiche non necessarie. Sul fronte delle cure domiciliari, è stata avviata la sperimentazione dell'infermiere di famiglia: attualmente quattro infermieri operano nel distretto di Feltre come figura di raccordo tra il medico di medicina generale e il paziente fragile, con alcune amministrazioni comunali che hanno scelto di cofinanziarne direttamente la presenza. L'assistenza domiciliare integrata e le cure palliative sono state ulteriormente implementate: nel 2023 gli operatori del servizio di ADI hanno percorso complessivamente 740.000 chilometri, dato che testimonia concretamente l'estensione del territorio servito e la necessità di dotazioni di personale non parametrabili ai modelli della pianura.

INNOVAZIONE TECNOLOGICA E TELEMEDICINA

Sul fronte dell'innovazione tecnologica, sono

stati attivati quattro punti di teledialisi collegati con l'ospedale San Martino di Belluno, con la dialisi domiciliare in fase di avvio. La tele-radiologia è operativa, e da due anni è attiva la telemedicina nei rifugi alpini, inizialmente orientata alla prevenzione di ipertensione e melanoma durante la stagione estiva.

La sperimentazione si sta estendendo alla gestione delle urgenze in quota: alcuni rifugi sono stati dotati di zaini attrezzati con webcam e elettrocardiografo, già sperimentati al rifugio Faloria, per la valutazione a distanza della gravità dei malori e l'ottimizzazione dell'invio dei soccorsi. La refertazione da remoto di numerose prestazioni è effettuata centralmente presso gli ospedali hub, riducendo la necessità di trasferimento dei pazienti fragili.

LA RETE DEI SOCCORSI

La rete dei soccorsi è stata strutturata su una base di elisoccorso, due punti di primo intervento, quattro pronto soccorso e numerose postazioni di ambulanza, con una nuova postazione attivata a Santo Stefano di Cadore negli ultimi due anni.

Il contributo del volontariato è determinante per la sostenibilità operativa del sistema. Durante la stagione estiva è stato sperimentato il secondo elicottero, rivelatosi ormai indispensabile; in inverno il potenziamento riguarda le ambulanze per gli interventi sulle piste da sci.



POLITICHE DEL PERSONALE E FORMAZIONE

Le politiche del personale hanno affrontato uno dei nodi strutturali più critici delle aziende sanitarie in contesti montani: l'attrazione e il trattenimento delle risorse umane. Sono stati individuati appartamenti e foresterie aziendali per favorire la permanenza del personale sul territorio; sono stati introdotti incentivi economici specifici, tra cui le pronte disponibilità maggiorate concordate con le organizzazioni sindacali; è stato attivato un asilo nido aziendale. È stato inoltre stipulato un protocollo con l'Università di Padova per aumentare la presenza di specializzandi nelle strutture aziendali e per sviluppare un percorso formativo dedicato alla sanità di montagna, di cui l'ULSS 1 Dolomiti è stata precorritrice. Questo percorso consente di formare medici e specializzandi direttamente nel contesto montano, offrendo un'esperienza formativa distintiva e creando le condizioni per incentivarne la permanenza nelle strutture aziendali al termine della specializzazione.

GOVERNANCE TERRITORIALE E COINVOLGIMENTO DELLE COMUNITÀ

La collaborazione con le amministrazioni locali costituisce un elemento trasversale a tutte que-

ste iniziative. Tavoli di confronto periodici con i rappresentanti dei comuni consentono di intercettare i bisogni specifici di ciascun contesto territoriale e di adattare i servizi alle peculiarità delle aree più periferiche. La comunicazione e la formazione rivolte alla popolazione completano il quadro, con l'obiettivo di promuovere stili di vita corretti, cultura della prevenzione e consapevolezza nell'utilizzo appropriato delle risorse sanitarie disponibili.

| Moderatore

Le esperienze di innovazione organizzativa e tecnologica sviluppate a livello locale dimostrano che soluzioni efficaci e praticabili esistono già. Il passaggio critico è quello dalla sperimentazione circoscritta alla diffusione sistematica: trovare un denominatore comune condiviso tra i molteplici attori del sistema è un processo impegnativo, ma è la condizione necessaria perché le buone pratiche producano un impatto su scala più ampia.

Un ostacolo non secondario in questo processo è di natura culturale. Troppo spesso chi opera in sanità tende a una lettura critica delle proprie esperienze, sottovalutando ciò che funziona. Coltivare la capacità di riconoscere i

risultati raggiunti — e di comunicarli — è una preconditione per costruire quella fiducia reciproca che rende possibile la condivisione. A questo si aggiunge la necessità di un orientamento prospettico: le scelte organizzative e di investimento che si compiono oggi producono i loro effetti a distanza di uno o due anni. Pianificare significa dunque saper guardare avanti, ancorandosi al presente ma progettando con continuità verso il futuro.

PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO

Gunther Burger – *Direttore Dipartimento Salute, Banda Larga e Cooperative, Provincia Autonoma di Bolzano-Alto Adige*

Lo spopolamento delle aree montane non è un fenomeno esclusivamente demografico: è la dissoluzione progressiva di un tessuto sociale che storicamente si reggeva su figure di riferimento comunitario — il medico, il parroco, l'insegnante, il sindaco — e su una vita collettiva fatta di famiglie, bambini e lavoratori. Il rischio concreto è che questi territori si trasformino in insediamenti abitati quasi esclusivamente da anziani, privi di servizi essenziali — dall'asilo nido al presidio medico, fino al commercio di

prossimità — e svuotati di qualsiasi dinamica sociale. Un caso esemplificativo è quello della Val Badia, dove il miglioramento infrastrutturale viario ha facilitato i collegamenti con Brunico ma ha contestualmente accelerato la crisi dei piccoli esercizi commerciali locali, incapaci di competere con la grande distribuzione divenuta più accessibile. Questo esempio illustra come interventi pensati per ridurre l'isolamento possano produrre effetti collaterali sulla tenuta economica e sociale delle comunità montane, rendendo necessaria una valutazione integrata delle politiche territoriali.

MODELLI ORGANIZZATIVI E INCENTIVI NELLE AREE DISAGIATE

In Provincia di Bolzano, a seguito dell'approvazione dell'atto di programmazione previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale, il sistema sanitario sta lavorando per portare l'assistenza il più vicino possibile ai cittadini, con particolare attenzione alle zone classificate come disagiate o disagiatissime. La definizione adottata individua come zona disagiata quella in cui nessun medico si è stabilito per almeno tre anni consecutivi. Per incentivare la copertura di questi territori, vengono offerti ai medici che accettano di operarvi maggiori riconoscimenti economici

e un insieme di supporti logistici: locali messi a disposizione gratuitamente dai comuni, strumentazione adeguata e personale di supporto, inclusi assistenti documentali e infermieri. Si punta inoltre a sviluppare medicine di gruppo che garantiscano almeno due aperture settimanali di ambulatori nei comuni più distanti dai centri principali, mantenendo così un presidio di prossimità effettivo.

TELEMEDICINA E GOVERNO DELLA DOMANDA

Sul versante tecnologico, la telemedicina viene impiegata come strumento per migliorare l'appropriatezza e ridurre l'accesso inappropriato alle visite specialistiche. In ambito dermatologico, a esempio, la trasmissione di immagini allo specialista consente una prima valutazione a distanza, evitando visite in presenza per condizioni che non la richiedono. A questa innovazione si affianca una proposta di riorganizzazione della gestione degli appuntamenti: restituire al medico di medicina generale e allo specialista la capacità di definire priorità e tempi di visita, superando la rigidità dei vincoli amministrativi standardizzati, consentirebbe una gestione più appropriata e personalizzata dei percorsi di cura. L'introduzione di figure di case

manager — in ambito ospedaliero o territoriale — è identificata come ulteriore leva per coordinare in modo integrato le visite e gli esami del singolo paziente, con effetti positivi sulla continuità assistenziale e sulla fiducia del cittadino nel sistema.

INNOVAZIONE ORGANIZZATIVA E CAMBIAMENTO CULTURALE

La sfida dell'innovazione in sanità non è tuttavia riducibile alla dimensione tecnologica. Il cambiamento reale richiede una trasformazione culturale e organizzativa: condividere con i professionisti e con i cittadini nuovi modi di operare, superare le resistenze legate alle prassi consolidate e affrontare con pragmatismo anche modifiche di portata apparentemente limitata — come la revisione degli orari degli uffici o la digitalizzazione di procedure amministrative — può produrre semplificazioni significative nella vita quotidiana della popolazione. L'approccio più efficace rimane quello di apprendere da ciò che già funziona altrove, partire dalle soluzioni esistenti e di successo, e adattarle al contesto locale con il coraggio di mettere in discussione l'esistente, mettendo al centro i bisogni reali della popolazione delle aree montane e disagiate.

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Giancarlo Ruscitti – *Direttore Generale Dipartimento Salute e Politiche Sociali, Provincia Autonoma di Trento*

Il punto di partenza della trasformazione avviata in Trentino negli ultimi cinque anni è stata la consapevolezza di una diffusa insoddisfazione della popolazione residente nelle valli, al di fuori dell'asse Trento-Rovereto — che concentra circa i tre quinti degli abitanti della provincia. La riforma precedente, costruita sui principi del DM 77 e del DM 70, era percepita da queste comunità come una sottrazione di servizi sanitari e sociali di prossimità. Da questa diagnosi ha preso avvio un processo di riorganizzazione profonda, sviluppato in stretto raccordo tra la componente tecnica e quella politica.

L'ASSETTO ISTITUZIONALE E IL RUOLO DEL SOCIALE

Una specificità del contesto trentino, rilevante per comprendere il modello adottato, riguarda la gestione del sociale: a differenza di quanto avviene in Veneto e in altre regioni italiane, in Trentino i servizi sociali non sono in capo all'azienda sanitaria, ma ai Comuni e alle Comuni-

tà di Valle — le articolazioni territoriali di livello intermedio tra Provincia e Comuni. Questo assetto produce un coinvolgimento diretto dei sindaci nella gestione delle politiche sociali, in netto contrasto con il disimpegno che caratterizza i contesti in cui le deleghe sono interamente conferite all'azienda sanitaria. Il dipartimento provinciale con competenze anche sul sociale svolge una funzione di raccordo tra l'azienda sanitaria e le Comunità di Valle, che gestiscono i bandi per il Servizio di Assistenza Domiciliare e la presa in carico dei casi sociali complessi.

LA RIORGANIZZAZIONE TERRITORIALE E I DIPARTIMENTI TRANSMURALI

Sul versante organizzativo, la scelta principale è stata quella di ricostituire i distretti territoriali, precedentemente soppressi, e di sviluppare dipartimenti transmurali che eliminassero la cesura storica tra ospedale e territorio. Questi dipartimenti — pediatria, ostetricia-ginecologia, psichiatria, geriatria — raccolgono attività che per loro natura richiedono una presenza continuativa sul territorio, e rappresentano il dispositivo organizzativo attraverso cui si vuole ridurre l'accesso ospedaliero per la cronicità e la fragilità, portando la cura dove vivono le persone.

FORMAZIONE MEDICA E RADICAMENTO TERRITORIALE

Un passaggio di portata strategica è stata l'istituzione di una scuola di medicina in provincia di Trento. L'assenza di un percorso formativo medico locale costringeva il sistema a dipendere dal rientro spontaneo di professionisti trentini formati altrove, o a politiche di attrazione economica basate su retribuzioni più elevate. La scuola di medicina ha consentito di formare medici radicati nel territorio, con tirocini e specializzazioni svolti nelle strutture locali, aumentando significativamente la probabilità di permanenza al termine del percorso. La maggior parte degli iscritti è di origine trentina. Uno sviluppo parallelo è in corso a Bolzano, con l'avvio di una scuola di medicina di lingua italiana.

Entro due anni, l'azienda sanitaria trentina sarà trasformata in Azienda Sanitaria Universitaria Territoriale — con autorizzazione ministeriale già ottenuta — estendendo la missione universitaria non solo agli ospedali hub, ma anche agli ospedali di valle, alle Case di Comunità e alle Centrali Operative Territoriali. Questo cambiamento mira a modificare strutturalmente la percezione del lavoro territoriale all'interno della cultura medica, storicamente orientata a considerare il territorio come ambito di serie B

rispetto all'ospedale. Sono state inoltre attivate tre nuove scuole di specializzazione — neurologia, radiologia e medicina d'urgenza — coerentemente con la priorità attribuita alla sanità di emergenza in contesti montani.

PREVENZIONE E SISTEMI INFORMATIVI

Sul versante della prevenzione e dei sistemi informativi, è stato riattivato e potenziato un sistema di classificazione funzionale — sviluppato sulla base di esperienze già realizzate in Veneto — che, previa autorizzazione del Garante della Privacy, consente di disporre di una mappatura epidemiologica dell'intera popolazione residente in Trentino. Questo strumento permette di identificare la prevalenza territoriale di specifiche patologie, di condurre prevenzione primaria e secondaria mirata, e di valutare gli effetti sulla salute di fattori ambientali, inclusi quelli legati al cambiamento climatico e all'esposizione a sostanze tossiche di origine industriale. L'obiettivo non è solo ritardare la manifestazione delle patologie, ma prolungare la fase in cui cronicità e fragilità non producono ancora un impatto rilevante sulla qualità di vita.

TELEMEDICINA E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

La telemedicina ha dimostrato la propria efficacia in modo particolarmente evidente duran-

te la pandemia. Anziani residenti in zone isolate, attraverso la cartella clinica digitale TREC — oggi diffusa su tutti i dispositivi della popolazione trentina — hanno mantenuto un dialogo efficace con il medico di medicina generale e con gli specialisti, evitando spostamenti di 50-60 chilometri per raggiungere ospedali o poliambulatori. Questa esperienza ha consentito di gestire a distanza anche patologie verticali complesse — cardiologiche, oncologiche, nefrologiche — con ricadute significative sia sulla qualità di vita dei pazienti sia sulla sostenibilità organizzativa del sistema.

INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA E FRAGILITÀ

L'integrazione sociosanitaria trova una declinazione specifica nel programma denominato Spazio Argento, rivolto alla popolazione over 65 con indici di fragilità o cronicità. L'approccio adottato è deliberatamente integrato: la condizione di salute di una persona anziana non può essere affrontata isolando la dimensione clinica da quella sociale. Solitudine, isolamento, inadeguatezza abitativa, scarsa alimentazione e ridotta autonomia economica contribuiscono al decadimento cognitivo e all'aggravamento delle condizioni di cronicità. Spazio Argento opera attraverso le Comunità di Valle, integrandosi con i

servizi di cure primarie, con l'obiettivo di seguire la persona in modo continuativo e di prevenire gli effetti sociali della fragilità. Il potenziamento dell'assistenza domiciliare è identificato come obiettivo prioritario, anche in considerazione della resistenza crescente degli anziani al ricovero in strutture residenziali, e dell'incremento dei carichi di cura nelle RSA determinato dall'aumento dei casi di demenza e decadimento cognitivo — condizioni che richiedono competenze specialistiche non sempre presenti nelle strutture residenziali tradizionali.

COOPERAZIONE INTERPROVINCIALE

Un ultimo elemento di rilievo riguarda la collaborazione tra la Provincia Autonoma di Trento e quella di Bolzano. La pandemia ha rappresentato l'occasione per avviare un confronto operativo che in precedenza non era mai stato strutturato. Da quella cooperazione d'emergenza sono nati accordi di confine stabili, che consentono ai professionisti sanitari di operare su un bacino di riferimento di circa un milione e mezzo di abitanti anziché di 530.000, rendendo il sistema provinciale più attrattivo per professionisti provenienti da altre regioni e ampliando la casistica disponibile per la formazione specialistica.

CONCLUSIONI

| *Pietro Paolo Faronato*

La partecipazione ampia e prolungata ai lavori della giornata testimonia che i temi affrontati intercettano un bisogno reale e profondamente sentito dalla comunità. Avviare percorsi di riflessione condivisa su questi temi rappresenta già di per sé un valore, indipendentemente dalle soluzioni che ne scaturiranno.

Le organizzazioni di volontariato non dispongono di competenze programmatiche, né aspirano ad assumere un ruolo in tal senso. Possiedono però una capacità specifica e documentata: quella di penetrare nel tessuto della popolazione, di raggiungere le persone e di veicolare messaggi con un'efficacia che altri attori istituzionali difficilmente replicano. Questa capacità può diventare una leva concreta per favorire l'adozione di pratiche innovative, spesso ostacolata non da resistenze tecniche ma da difficoltà di comunicazione e di prossimità culturale con la popolazione. Lavorare in sinergia con le istituzioni sanitarie, mettendo a disposizione questa capacità di penetrazione comunitaria, è la forma di contributo che il volontariato può e intende offrire.

| *Luciano Flor*

La giornata ha consentito di identificare con chiarezza tre o quattro questioni fondamentali che il sistema sanitario territoriale non può continuare a rinviare. La prima è la necessità di agire con tempestività: fare le scelte oggi per avere risultati domani, senza attendere che le criticità si aggravino ulteriormente.

Sul territorio esistono già modelli che funzionano: l'assistenza domiciliare e le cure palliative ne sono l'esempio più evidente. La domanda che occorre porsi è perché questi modelli non vengano estesi sistematicamente alla gestione domiciliare di tutte le malattie croniche. La risposta non è tecnica: è organizzativa e culturale. Allo stesso modo, non ha senso aspirare a reti internazionali o europee se prima non si è capaci di costruire reti locali solide. La priorità sono le reti regionali e aziendali, fondate su una visione unitaria che sappia mettere da parte i localismi quando si tratta di garantire servizi pubblici essenziali.

Un tema destinato a diventare centrale nel breve periodo è quello del monitoraggio continuo del paziente. La tecnologia oggi disponibile con-

sente di collegare il cittadino — e in particolare il malato cronico, spesso impossibilitato a spostarsi — a sistemi di monitoraggio in grado di fornire risposte in tempo reale, riducendo accessi non necessari e aumentando la tempestività dell'intervento quando invece necessario. Questo rappresenta una delle frontiere più rilevanti per la gestione della cronicità nelle aree a bassa densità e ad alta distanza dai presidi sanitari.

Il metodo rimane invariato: definire prima che cosa serve e a chi. Solo dopo aver risposto a questa domanda ha senso ragionare su cosa fare, quando, come, a quale costo e con quali attori. Invertire quest'ordine produce soluzioni alla ricerca di problemi, anziché risposte calibrate sui bisogni reali.

| Sandro Cinquetti

Una giornata come quella appena conclusa produce risultati che vanno oltre i contenuti delle singole relazioni. Chi lavora in contesti sanitari complessi sa che il confronto con esperienze diverse restituisce sempre più di quanto si porti. Il materiale emerso — nelle sue diverse declinazioni territoriali, organizzative e tecnologiche — offre una base concreta su cui continuare a lavorare.

Per l'ULSS 1 Dolomiti, questa giornata ha avuto un valore aggiuntivo specifico: ha riunito l'intera struttura dirigenziale e operativa dell'azienda attorno a temi che riguardano direttamente il suo mandato istituzionale. Condividere una riflessione comune su questi temi, in un momento in cui l'orizzonte delle Olimpiadi invernali 2026 pone scadenze concrete e ravvicinate, è una premessa necessaria per tradurre le visioni in azioni.

| Giuseppe Dal Ben

I lavori della giornata possono essere ricondotti a un insieme di temi portanti. Il primo è l'equità: garantire alle aree interne, lontane dai grandi centri urbani, livelli di assistenza comparabili a quelli delle aree metropolitane non è un obiettivo auspicabile, ma un imperativo di sistema. Il secondo è la dinamica demografica, con le sue implicazioni dirette sulla struttura della domanda di salute: l'invecchiamento della popolazione e lo spopolamento delle aree interne rendono prioritaria una risposta territoriale forte, orientata in primo luogo alla gestione della cronicità. Il terzo asse riguarda la tecnologia — telemedicina e sistemi di monitoraggio — e la sua integrazione nei model-

li assistenziali. Il quarto è la prevenzione e la promozione della salute, dimensione che deve accompagnare l'intero percorso.

La sintesi programmatica del comitato scientifico individua nella risposta di sistema la condizione necessaria per garantire elevati livelli di salute nei territori: una rete dalle maglie robuste, capace di integrare tutti gli attori territoriali, di coniugare innovazione e flessibilità, e di tradurre l'ascolto dei bisogni in risposte concrete e misurabili. Le esperienze presentate nel corso della giornata — alcune già consolidate, altre in fase di stabilizzazione — rappresentano i nodi di questa rete, che occorre irrobustire e rendere strutturalmente resilienti.

Il percorso non si esaurisce con questa giornata. Sono previsti due appuntamenti intermedi: il primo il 10 maggio a Pieve di Cadore, dedicato al tema delle reti; il secondo il 25 ottobre ad Agordo, focalizzato sull'assistenza territoriale. Il ciclo si concluderà con un convegno a Belluno nel 2025, che raccoglierà il lavoro dell'anno e aprirà il percorso per l'anno successivo. Il metodo rimane quello già adottato: ascolto delle esperienze dei territori, confronto interistituzionale, elaborazione condivisa di proposte programmatiche.

DOCUMENTO DI INDIRIZZO STRATEGICO

SANITÀ NELLE AREE MONTANE E NEI TERRITORI INTERNI:

Equità di Accesso, Innovazione e Sostenibilità del Sistema

A venticinque anni dalla Carta di Feltre

Feltre, 19 Gennaio 2024

1. IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE: PRINCIPI FONDAMENTALI

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) costituisce un insieme sistemico di strutture, professionisti e disposizioni normative, finalizzato a garantire a tutti i cittadini, in condizioni di uguaglianza, l'accesso universale all'erogazione delle prestazioni sanitarie. Tale mandato trova il proprio fondamento nell'art. 32 della Costituzione della Repubblica Italiana, ai sensi del quale: *«La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti»*.

L'impegno ad assicurare ai cittadini un accesso universale ai servizi sanitari rappresenta uno degli indicatori più significativi del livello di sviluppo del sistema di welfare in un Paese socialmente avanzato. Il principio di universalismo è insito nella scelta costituzionale e ha trovato attuazione formale con l'istituzione del SSN nel 1978. In quarantacinque anni di attività, il SSN ha conseguito risultati riconosciuti a livello internazionale come eccellenti. Tuttavia, la sua evoluzione presenta luci e ombre: pur essendo il principio di equità un presupposto ineludibile per la coesione sociale e uno strumento di contrasto agli effetti delle disuguaglianze sociali sulla salute, permangono differenze significative sia nei profili di salute della popolazione sia nell'accesso ai servizi.

I LIVELLI DEL PRINCIPIO DI EQUITÀ

Il concetto di equità può essere articolato secondo tre livelli, caratterizzati da un impegno progressivamente crescente:

- Uguaglianza delle risorse
- Uguaglianza nell'accesso ai servizi e alle prestazioni
- Uguaglianza nei risultati di salute

È quest'ultimo livello, in particolare, l'obiettivo che il sistema deve perseguire: garantire a ogni individuo «le stesse opportunità di realizzare pienamente il proprio potenziale di salute» e fare in modo che «nessuno debba essere svantaggiato nel raggiungerlo a causa della propria posizione sociale o di altre circostanze socialmente determinate».

2. LE AREE INTERNE: CARATTERISTICHE E SFIDE SISTEMICHE

Con l'espressione «aree interne» si designano quei territori caratterizzati da una significativa distanza dai servizi essenziali – in particolare dall'offerta scolastica, dai servizi sanitari e dalle reti di collegamento ferroviario e stradale principali. Si tratta di Comuni di piccola dimensione demografica che, nondimeno, rappresentano i tre quinti dei comuni italiani e ospitano poco meno di un quarto della popolazione nazionale.

Tali territori costituiscono il banco di prova più stringente per il tema della sostenibilità del sistema sanitario, ponendo la questione dell'equilibrio tra la tenuta economica del sistema e la garanzia di equità nell'accesso ai servizi. La lontananza dai grandi hub ospedalieri impone alle Regioni e alle Aziende Sanitarie Locali la capacità di costruire risposte di prossimità adeguate alle comunità residenti. Un grande stimolo per l'intero sistema è quello di investire su questi territori intendendoli come «laboratori di innovazione», capaci di anticipare soluzioni applicabili su scala nazionale.

LA PROVINCIA DI BELLUNO COME TERRITORIO PILOTA

L'analisi demografica della provincia di Belluno rivela una dinamica di particolare interesse: la curva demografica locale anticipa di dieci anni quella regionale veneta e quella nazionale. Ciò implica, da un lato, che il cosiddetto

«inverno demografico» – con il correlato fenomeno della contrazione delle nascite che preoccupa oggi il Paese nel suo complesso – ha già investito il territorio bellunese almeno un decennio fa; dall'altro, che le soluzioni dimostratesi efficaci in questo contesto costituiranno un riferimento per l'intero sistema nazionale nel prossimo futuro.

L'analisi dei dati di mortalità, elaborati dal Servizio Epidemiologico Regionale del Veneto, evidenzia un eccesso di mortalità globale nella provincia di Belluno, ancora più marcato nelle cosiddette «Terre Alte». Il tasso di suicidi nell'ULSS 1 Dolomiti risulta superiore del 50% rispetto alla media regionale. Tali dati, al di là della loro gravità intrinseca, impongono una riflessione approfondita e orientano a interventi urgenti.



3. LA CARTA DI FELTRE: VENTICINQUE ANNI DI MANDATO ISTITUZIONALE

Già venticinque anni fa, con il recepimento della Carta di Feltre, il Ministero della Salute riconosceva la specificità delle aree montane e invitava le Regioni a sviluppare l'assistenza territoriale, a sperimentare nuove forme di integrazione tra ospedale e territorio e a prevedere parametri differenziali per le Aziende Sanitarie operanti in contesti montani, sia sul piano della programmazione dei servizi sia su quello delle dotazioni finanziarie. A venticinque anni da quella dichiarazione di indirizzo, risulta indispensabile operare una ricognizione critica di quanto realizzato e rilanciare iniziative – anche di carattere innovativo e sperimentale – finalizzate a garantire la possibilità di continuare a vivere e a lavorare in montagna in condizioni di adeguata qualità della vita.

4. L'ASSISTENZA TERRITORIALE: MODELLI E PROSPETTIVE

L'esperienza della pandemia da COVID-19 ha dimostrato con chiarezza che l'assistenza territoriale rappresenta un presidio fondamentale per la tenuta dei sistemi sanitari. Le condizioni orografiche del territorio montano, pur rendendo più complesse le aggregazioni fisiche dei Medici di Medicina Generale, impongono lo sviluppo di modelli di elevata integrazione tra tutti i soggetti operanti nel territorio.

LA MEDICINA GENERALE E LA GESTIONE DELLA CRONICITÀ

La Medicina Generale è chiamata ad assumere nuovi compiti e responsabilità strategiche, acquisendo la reale capacità di fungere da gestore della cronicità e della non autosufficienza. In questo quadro, il Medico di Medicina Generale dovrà essere in grado di:

- coordinare l'attività infermieristica domiciliare;
- interagire in modo strutturato con l'intera rete dei servizi territoriali, in particolare con i Centri Servizio, i quali devono superare la logica della mera custodia per assumere un ruolo attivo nella presa in carico;
- collaborare con le farmacie, chiamate a evolvere verso il modello della «farmacia dei servizi», capace di integrarsi con la Medicina Generale nella gestione della cronicità e della non autosufficienza – vera e propria «epidemia silenziosa» nei territori montani.

L'E-HEALTH COME LEVA ABILITANTE

Un ruolo fondamentale nel superamento delle barriere geografiche è rivestito dall'e-health nelle sue declinazioni operative: telemedicina, teleconsulto, tele-assistenza e, in prospettiva, applicazioni di intelligenza artificiale clinica. Tali

strumenti consentono di annullare le distanze, portando anche nelle aree più remote le competenze specialistiche e le risposte assistenziali necessarie. L'attuazione di questo percorso richiede investimenti strutturali significativi, in primo luogo per il superamento del divario digitale (digital divide).

5. LA GESTIONE DELL'EMERGENZA E DELL'URGENZA

La gestione dell'emergenza e dell'urgenza costituisce uno dei temi più avvertiti dalle comunità montane, con particolare riferimento al potenziamento stagionale dei servizi in relazione ai flussi turistici e agli eventi di grande richiamo. La sfida in questo ambito è duplice: garantire la tempestività diagnostica – anche mediante soluzioni innovative di e-health – e definire con precisione il livello di risposta più adeguato a ciascuna tipologia di evento clinico. È indispensabile, in questo contesto, avviare una riflessione ampia e integrata che, accanto agli interventi di competenza sanitaria (rete del 118, elisoccorso), sviluppi un confronto con le istituzioni competenti in materia di viabilità e di connessione con i centri maggiori.

6. PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

Unitamente agli interventi di tipo clinico-assistenziale, è necessario implementare strategie di prevenzione e di promozione della salute rivolte a tutte le fasce di età. In tale prospettiva, è opportuno valorizzare soluzioni innovative e iniziative di task shifting che coinvolgano in modo attivo tutti gli operatori del Servizio Sanitario, il volontariato e le comunità locali. L'ambiente montano, con le sue caratteristiche intrinseche di salubrità e contatto con la natura, può costituire di per sé un fattore di sostegno alle strategie di promozione della salute.

7. CONCLUSIONI E ORIENTAMENTI STRATEGICI

È indispensabile una risposta «di sistema» per garantire elevati livelli di salute nei territori montani. Tale risposta deve essere capace di:

- costruire una rete di servizi dalle maglie robuste, che integri l'attività di tutti gli attori del territorio;
- coniugare innovazione tecnologica e flessibilità organizzativa;
- mettersi in ascolto delle comunità per dare risposte concrete e appropriate alle esigenze espresse dal territorio.

Il presente documento costituisce un atto di indirizzo che intende rilanciare il mandato della Carta di Feltre, aggiornandolo alle sfide del contesto attuale e ponendo le basi per una nuova stagione di programmazione sanitaria equa, sostenibile e centrata sulla persona.

8. AGENDA DEGLI APPUNTAMENTI PROGRAMMATICI

Il percorso di lavoro si articola nei seguenti appuntamenti:

Data	Sede	Oggetto
10 maggio 2024	Pieve di Cadore	Laboratorio: reti tempo-dipendenti
25 ottobre 2024	Agordo	Laboratorio: assistenza territoriale
17 gennaio 2025	Belluno	Convegno conclusivo

**NON SI CHIUDE
ALCUN OSPEDALE**

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