



## Salute e reali bisogni

Dopo la revisione della rete ospedaliera e la nomina dei nuovi direttori delle ASL, è ora la volta della stesura del piano sanitario territoriale e del piano regionale di prevenzione. Se i primi passaggi hanno visto la politica applicare parametri tecnici (modello hub-spoke per l'acuzie, bacini di utenza, volumi di lavoro) e creare le condizioni per una scelta dei direttori basata su competenze, ora la stessa politica dovrà scendere in campo e fare delle scelte.

Sappiamo che la sanità è esposta ai rischi del consumismo e della futilità quando si fa trascinare dal mercato e da falsi bisogni; sappiamo che le risorse sono limitate e che spendere troppo e male in un settore significa non avere risorse per rispondere ad altri bisogni; sappiamo che al centro di tutto ci deve essere la persona, che va messa al riparo dal bombardamento dell'informazione pilotata e aiutata a conoscere quali sono i passi da compiere per garantirsi una vita sana e recuperare il benessere.

Sappiamo anche che sul territorio tutto è più complesso: quali i reali bisogni di salute? Come orientarli e soddisfarli? Come garantirsi che tutti i depositari della salute dei cittadini sul territorio (dai medici agli amministratori locali passando per gli operatori del terzo settore) entrino in relazione tra di loro non

per difendere le loro prerogative ma per produrre salute?

Abbiamo strumenti come i LEA (livelli essenziali di assistenza) per individuare gli standard di tutela della salute, ma sono da rivedere laddove sono applicati con differenze geografiche, possibili spie di diversità di comportamenti organizzativi o di privilegi. Dobbiamo anche uscire da alcuni pregiudizi, come l'allarme per l'aumento della fragilità della popolazione legato all'invecchiamento: l'ingresso in vecchiaia delle generazioni del dopo guerra, più fortunate del passato, si accompagna a una riduzione della morbosità e a tempo messo a disposizione di chi è in situazioni di bisogno, mentre aumentano i problemi di salute mentale, in peggioramento a seguito della crisi tra i giovani adulti maschi; ci sono poi nuove fragilità legate all'immigrazione, alle famiglie monoparentali con figli a carico, alla insicurezza sul lavoro, ai rischi legati alle condizioni dell'ambiente, alla marginalizzazione di popolazioni montane.

Il documento di riordino si baserà su: distretti sanitari forti, coincidenti con gli ambiti di gestione dell'assistenza; budget dei distretti definito, cioè quanto possono spendere ed eventualmente reinvestire se liberano delle risorse; cooperazione stretta tra varie figure pro-

fessionali; possibilità di erogazione di prestazioni complesse sul territorio in modo da ridurre l'accesso improprio alla rete dell'emergenza. Ci sarà anche un taglio alle strutture organizzative: serviranno dipartimenti semplici e trasversali (prevenzione, materno infantile, psichiatrico) per favorire il dialogo e non un sistema a silos verticali e non comunicanti. Stante il ruolo della zootecnia nella nostra Asl, le cure veterinarie dovranno mantenersi ad alto standard qualitativo e capillari, dato che ancora vi è chi cerca di eludere la sorveglianza con trattamenti vietati dalla legge e nocivi per la salute. Si darà nuova forza ai modelli organizzativi del lavoro dei medici di famiglia e degli infermieri in forma associata, incentivando prevenzione e monitoraggio patologie croniche. Sarà essenziale che il lavoro e il sapere dei vari attori della sanità confluisca in una cabina di regia dove si possano assumere le decisioni che producono salute. In Toscana hanno sperimentato convenzioni tra i distretti sanitari e le forme associative dei comuni, creando delle "società per la salute". Andrà costruito insieme questo percorso, per uscire dai vincoli della spesa storica, incentivare gli operatori della sanità e creare una cultura della salute che renda ognuno più responsabile verso se stesso e gli altri.