

Intervista a **Francesca Martini**, Sottosegretario di Stato alla Salute

Parola d'ordine: "Presenza in carico"

di Corrado De Rossi Re

Sono passate poche settimane da quando **Francesca Martini**, lasciando l'Assessorato alla Sanità del Veneto ed eletta deputato alle ultime elezioni, è stata chiamata a ricoprire uno dei tre posti di sottosegretario del Ministero del Lavoro, della Salute e delle politiche sociali. Le deleghe dei rapporti con le Regioni e della definizione del Fondo sanitario nazionale la mettono al centro delle attività istituzionali di governo del sistema sanitario e proprio su questi temi l'abbiamo intervistata nel suo ufficio di Lungotevere Ripa

Onorevole Martini, come è cambiato (se lo è) il suo approccio ai problemi della sanità passando da una posizione di governo regionale ad una responsabilità di governo nazionale?

La mia lunga esperienza come Capogruppo in Commissione Affari Sociali alla Camera dal 2001 al 2006 fa sì che la prospettiva nazionale faccia già parte del mio percorso formativo e di impegno politico.

Quindi nessuno pensi che ricopra questo ruolo senza la consapevolezza che esistono oggi alcune tematiche da affrontare a livello nazionale e che, oltretutto, sono cruciali per la sostenibilità del sistema. Tematiche che hanno una ricaduta molto forte sul sistema e che possono mettere in crisi anche l'equilibrio di regioni cosiddette di eccellenza come, per esempio, il Veneto e la Lombardia che hanno una tradizione sanitaria che si è sviluppata su percorsi, storici, culturali, operativi e organizzativi diverse da altre regioni italiane.

Senz'altro, quella di assessore alla sanità della Regione Veneto è stata un'esperienza molto inten-

sa per come io l'ho vissuta e per come ho lavorato. In primis perché cittadina veneta e quindi portatrice di una cultura che ha posto la grande sfida della continuità assistenziale come centrale nel percorso di erogazione delle prestazioni. Ma anche il grande tema dell'efficienza e dell'integrazione socio-sanitaria, come un aspetto altrettanto cruciale in un ambito in cui la sanità italiana si trova ad affrontare la straordinaria connotazione di longevità del Paese, peraltro cartina di tornasole di una qualità generale del nostro servizio sanitario.

Inoltre (e questo è nel Dna di un Assessore alla Sanità...) ho la piena consapevolezza della necessità dell'equilibrio di bilancio, un'attenzione da cui probabilmente sono lontani tutti quei politici che non hanno mai vissuto nella trincea della sanità regionale. Questo, naturalmente, si traduce nella volontà di portare le migliori prassi che ho sperimentato direttamente nella mia regione, consapevole del grave divario esistente in altre realtà, ma che non è, credo, assolutamente responsabilità del



concetto universalistico del Ssn ma che, dopo la riforma del Titolo V, inchioda e inchioderà sempre di più le Regioni alle loro responsabilità.

Il che non significa che le Regioni del Nord siano esenti da criticità...

Tutt'altro. Esistono criticità che attraversano tutta la penisola come, per esempio, il tema delle liste d'attesa, l'integrazione pubblico-privato, lo sviluppo di un'evoluzione della medicina di

famiglia attraverso forme associative più o meno articolate. È chiaro che non è vero che tutto il buono stia al nord e tutto il male al sud. Gli eccellenti professionisti sono dappertutto, così come le strutture di qualità.

Certamente in Veneto abbiamo una concentrazione straordinaria di strutture che operano con protocolli molto evoluti e in ambito di sicurezza. Quindi la mia è una volontà di risollevare la qualità generale del Ssn con un fortissimo rigore rispetto alla spesa. Su questo non sarò assolutamente morbida.

In sanità si investono, non si spendono, tengo a precisare, due terzi dei bilanci regionali, e la performance è assolutamente squilibrata in alcune aree del Paese. In molte aree la centralità del paziente, il diritto costituzionale alla salute, è fortemente disatteso. E credo che se davvero vogliamo che i Lea siano poi quel principio di equiparazione di tutti i cittadini di fronte al sistema che ci sta tanto a cuore, dovremmo anche essere fortemente attenti a quelle politiche che hanno creato sacche di inefficienza, di incapacità gestionale e, talvolta, di abuso.

Qual è, o quale deve essere, il limite dell'ingerenza della politica in sanità?

La sanità è prima di tutto una responsabilità politica. Nelle scelte, sicuramente, e nella misura in cui queste scelte rientrano nei criteri di sostenibilità. Quindi alla politica, ovviamente in collaborazione con la struttura tecnica, insostituibile sia essa nazionale o regionale, sta la responsabilità dei risultati. Ed è la politica che deve misurarsi su questi risultati. Quando un paziente va a cercare risposte in altre regioni viene lesa la fiducia che ha riposto in chi, alcune scelte politiche, era tenuto a fare e invece ha causato performance di basso profilo. Credo ferma-

mente che la sanità sia un grande banco di prova per la politica, nazionale e regionale, anche dal punto di vista etico che deve necessariamente portare ad un impegno molto serio per collocare efficacemente i vari segmenti di responsabilità al posto giusto.

Quindi, direi che la responsabilità politica è quella delle scelte, ma l'erogazione delle prestazioni e l'organizzazione è competenza specifica e totale di chi è chiamato a garantire l'efficienza e l'efficacia: quindi Direttori Generali ed operatori sanitari ai vari livelli. Certamente non vedo coerenza nel cercare ad ogni costo nella politica il capro espiatorio di una mala gestione diretta e territoriale.

La settimana scorsa, a Fiuggi, si sono riuniti gli "Stati Generali" della professione medica. Qual è la sua opinione rispetto ai messaggi lanciati?

Intanto che i medici devono essere vera classe dirigente del paese. Certo, c'è il problema del rinnovo dei contratti e delle convenzioni, un problema che mi sta fortemente a cuore e per il quale credo che da parte nostra debba esserci assoluta chiarezza poiché non possono essere latenti per così tanto tempo contratti che rappresentano il patto entro cui i nostri operatori lavorano all'interno del Servizio sanitario nazionale.

Credo che il ruolo del ministero, in questo momento, sia fortemente connotato dall'attribuzione di onori ed oneri a ciascun segmento del sistema sanitario. E in tutto questo vedo due punti di riferimento comuni alla politica così come agli operatori sanitari: la centralità del paziente e la continuità assistenziale. Nel momento in cui poniamo la centralità del paziente al centro del nostro agire è chiaro che per tutti noi vi è un preciso mandato etico di fare un passo indietro e

di trovare punti di dialogo e di collaborazione. Rispetto a questo, attraverso l'Ecm, attraverso i tavoli di confronto sindacali e delle professioni, si gioca la capacità di risposta del Paese alla complessità del paziente, soprattutto di quello cronico, e alla sua presa in carico.

Cita spesso la medicina di famiglia come uno dei perni del sistema.

La medicina di famiglia è un vero grande pilastro del sistema. Parlo di un grande pilastro perché rappresenta la reale possibilità di un migliore utilizzo di tutto quello che, invece, è responsabile di intervenire nella fase acuta. Vedo quindi la medicina generale sempre più protagonista dell'erogazione ma anche del controllo dell'erogazione delle prestazioni. Su questo, per esempio, si gioca tutto il tema della prevenzione, naturalmente in collaborazione con i Distretti sanitari, quindi con le articolazioni territoriali, nonché la capacità di entrare in rete con la specialistica ambulatoriale, con l'ospedale, per approcciare direttamente non soltanto i sintomi delle patologie, ma anche il grande tema della riabilitazione come punto fondante e dirimente per il mantenimento dello stato di salute generale.

In tal senso ci si rende conto che la medicina di famiglia, in cui ho già trovato rispondenza nella volontà di rinnovarsi e di riappropriarsi di un ruolo strategico, non può e non deve essere quella concentrazione di burocrazia che spesso rappresenta, ma quella forma di assistenza di primo livello che giustifica una sua presenza così capillare sul territorio. Il che significa comunicazione ed empatia con il paziente, capacità di cogliere la gradualità del sospetto di patologia e quindi di fare da filtro senza necessariamente operare una mera prescrizione di protocolli

prefissati, visitare realmente le persone per indirizzarle con cognizione, quando necessario, verso il secondo livello di assistenza. Così si può incidere realmente, per esempio, anche sulle liste d'attesa.

Un approccio che peraltro lei stessa ha introdotto nella sua regione...

Esattamente, in veneto ho introdotto, primo in Italia, un sistema di prioritarizzazione delle prestazioni che significa promuovere una collaborazione strategica con la medicina di famiglia.

E come sta andando?

Direi discretamente anche se, devo dire, avrei ancora molte richieste da fare alla medicina di famiglia perché forse deve ancora essere colto pienamente il valore etico e professionale di un'attività di questo tipo. La prospettiva è tuttavia assolutamente positiva. È quella grande chiave di volta che significa governare con cognizione i flussi di prestazioni verso i livelli ad alta specializzazione.

Ma un ruolo così forte del medico di famiglia non rischia di generare possibili conflitti di competenze o responsabilità con il territorio?

Non credo. Il medico di famiglia non è un libero professionista tout court ma un professionista convenzionato, dunque che opera in regime di convenzione, all'interno di patti che coinvolgono non solo una serie di prestazioni ma anche una serie di obiettivi. Quindi la medicina di famiglia è un segmento facente parte a pieno titolo di quella che è l'operatività del Servizio sanitario nazionale. Diciamo che è un Libero professionista che si mette a disposizione del servizio pubblico in regime di convenzione. Che è cosa ben diversa.

La medicina di famiglia è davvero una porta aperta sul territorio, fondamentale e strategica per regolare i flussi di prestazioni specialistiche e verso gli ospedali ma anche per dare concretezza alla continuità assistenziale e, quindi, alla post-acuzie.

In buona sostanza non vedo ri-

schi di conflitti con i distretti bensì la necessità di un'integrazione sempre più ampia anche perché l'evoluzione della medicina di famiglia in tutte le sue forme (Utap, etc.) dovrà cogliere necessariamente un'altra sfida: quella di contribuire ad eliminare tutti gli accessi impropri ai servizi di emergenza-urgenza che oggi si verificano in una misura assolutamente improponibile, dal 60 al 70% nei pronto soccorsi.

Dobbiamo peraltro, vorrei aggiungere, ricordare e fare attenzione in ogni caso al fatto che non è possibile calare dall'alto questi modelli evolutivi della medicina di famiglia in aree particolarmente tipizzate come la montagna, il piccolo centro isolato o anche il centro storico di una grande città con molti anziani. In molti luoghi il medico di famiglia, come singolo professionista, è assolutamente necessario. In questa prospettiva direi in definitiva che l'evoluzione associativa della medicina di famiglia dovrà avere una connotazione di reale flessibilità.

La pagella di

DELLA
PANORAMA
Sanità

redazione@panoramasanita.it



AMEDEO BIANCO, Presidente Fnomceo, 7

È riuscito a portare a Fiuggi quasi tutta la rappresentanza medica (cfr articolo a pag. 16) e a produrre un documento unitario di consenso per la "buona sanità" sostanzialmente condivisibile.



FERRUCCIO FAZIO, Sottosegretario alla Salute, 6

Aggredisce il problema della responsabilità dei medici proponendo una più marcata distinzione tra responsabilità penale, civile e colposa nell'atto medico. Coraggioso, in un momento in cui la cronaca potrebbe rendere molto impopolare questa proposta.



L'ITALIA DEI VALORI DELLA LOMBARDIA, 5=

"Il Gruppo regionale dell'Italia dei Valori" recita il comunicato stampa "mette a disposizione dei cittadini, gratuitamente, un consulente legale per valutare i casi di malasanià sia relativi alla clinica Santa Rita sia ad altre strutture private accreditate presso la Regione Lombardia". E che c'azzecca?

promossi

bocciati