

INTERVISTA AL SOTTOSEGRETARIO AL WELFARE FRANCESCA MARTINI

Riforma in tempi brevi riorganizzando il territorio

Associazionismo e ospedali di comunità per razionalizzare le cure

«**L**a medicina di famiglia funziona in maniera direttamente proporzionale alla riduzione degli accessi al pronto soccorso: più cure primarie debbono avere risultati concreti». **Francesca Martini**, sottosegretario al Welfare con delega per i settori delle cure primarie, non ha dubbi sul rilancio del settore che, spiega, deve passare attraverso alcuni punti fermi: formazione di livello universitario, potenziamento delle forme di lavoro di gruppo, continuità assistenziale realizzata anche grazie a ospedali di comunità per garantire la fase post acuzie e riconvertire quelle piccole strutture ospedaliere oggi obsolete.

Un riordino del settore a tutto campo. Ma i tempi sono brevi?

La convenzione è il primo punto di riferimento per creare un'alleanza con la categoria. E su questo stiamo battendo e abbiamo battuto molto anche dimostrando nei fatti, con i finanziamenti extra dedicati a questo settore, l'impegno e l'attenzione del Governo alla medicina del territorio. Le competenze organizzative e di governo spettano alle Regioni, ma noi vorremmo disegnare la cornice in cui queste potranno muoversi e comunque svolgere e garantire il ruolo di verifica sui diritti dei pazienti che vanno ovunque tutelati. Tempi brevissimi, quindi, con un dialogo già aperto con le Regioni e la sperimentazione di nuovi modelli di assistenza che diano anche la possibilità di misurare concretamente i risultati.

Con il riordino della medicina generale si cerca quindi una razionalizzazione delle cure?

Sì, ma non solo dal punto di vista organizzativo come può essere lo sgravio dei codici bianchi e verdi dagli ospedali. Abbiamo infatti un quadro epidemiologico nel nostro Paese riferito a numerosi fattori in cui la medicina generale è essenziale. La longevità a esempio, a cui dobbiamo guardare con una programmazione seria rispetto a trend conclamati e che richiede cure primarie strutturate, flessibili, in grado di dialogare con i distretti e con l'ospedale e con gli altri servizi a disposizione del cittadino come l'assistenza domiciliare, ma anche i servizi socio-sanitari.

Obiettivo?

Un'assistenza migliore al paziente perché è ovvio che a casa si sta meglio. Ma anche l'alleggerimento delle strutture ospedaliere che vanno verso la riduzione dei posti letto per rispettare gli standard, ma anche per la maggiore attenzione che c'è all'appropriatezza dei ricoveri: va in ospedale chi ne ha davvero bisogno.

La medicina di famiglia è pronta a tutto questo?

La medicina di famiglia è a metà del guado. È consapevole che ci sono grandi sfide da raccogliere, ha voglia di crescere come mi fanno capire tutte le associazioni sindaca-

li con le quali ho un dialogo continuo, abbiamo situazioni in Regioni italiane dove le cure primarie hanno realizzato sperimentazioni efficienti ed efficaci sulla riduzione degli accessi ospedalieri e di quelli impropri al pronto soccorso, ma ci sono anche zone in cui si tende a mantenere un modo vecchio di assistere il paziente sul territorio.

E come crede si possano convincere i medici al cambiamento?

Con la massima flessibilità: nelle aree urbane possiamo pensare a strutture in grado di abbassare la pressione dei codici bianchi e verdi sul pronto soccorso, ma nelle aree di montagna o a bassa intensità abitativa dovremo far sì che il medico possa continuare lavorare come ha sempre fatto, con dotazioni tecnologiche avanzatissime - il fascicolo sanitario elettronico è un esempio e un obiettivo - che lo mettano in contatto e consulto continuo con il secondo livello delle cure anche per decidere quando semmai mandare il suo paziente all'ospedale o ad altre strutture più complesse.

Serve anche un cambio di cultura quindi?

La medicina generale deve essere una vera e propria specializzazione universitaria: condividendo la posizione espressa più volte dai medici in questo. E si deve realizzare un'Ecm sempre aggiornata anche per supportare il medico nella sua relazione con il Ssn.

E per l'integrazione con l'ospedale?

C'è una diversa maturazione della mentalità medica, dovuta senza dubbio al fatto che alcune Regioni hanno iniziato prima il percorso di implementazio-

ne di un sistema di rete delle cure primarie. C'è l'ospedale di comunità con cui si sono riconvertite strutture vetuste e inadeguate, fuori parametri, in modo che si abbiano posti letto extraospedalieri in cui il medico di famiglia collabora per la presa in carico "dolce" del paziente nelle fase post acuzie. Sono posti letto con assistenza infermieristica sulle 24 ore e il medico di famiglia inizia a "svezzare" il proprio assistito e a prepararlo per il rientro nella propria casa.

E le altre figure sul territorio?

Nelle cure primarie ci sono medici di medicina generale, ma anche pediatri di libera scelta e specialisti delle Asl: serve un loro forte raccordo con il distretto e l'associazionismo dovrebbe risolvere una buona parte anche delle problematiche della cronicità e della prevenzione. I medici devono anche educare il proprio paziente a stili di vita sani. Sì, i grandi progetti, ma anche molta praticità: il paziente va guardato in faccia, non si devono guardare solo gli esami per insegnare alla persona a vivere meglio.

Paolo Del Bufalo

