

Medici di famiglia al crocevia di un cambiamento

Se il Paese invecchia, il Ssn deve adeguarsi a nuovi bisogni di salute, garantendo però che i diritti di cittadinanza siano ugualmente assicurati. I territori possono, così, essere spazi importanti in cui si innova la capacità di intervenire in cui il Mmg potrebbe

assumere il ruolo di regista di risorse in gran parte territoriali e pubbliche, in rete con le altre professionalità presenti, oppure di smistamento burocratico di richieste che, in realtà, sarebbero l'ospedale e la sanità privata chiamati a corrispondere.

Anna Sgritto e Monica Di Sisto

Mauro Martini, trent'anni di vita da sindacalista in Snam e oggi responsabile nella Sumai dell'area della medicina generale, si trova quasi fisicamente, al crocevia di un importante cambiamento della professione del Mmg. Una nuova geografia in cui questo professionista potrebbe essere il protagonista della gestione di risorse in gran parte territoriali e pubbliche, in rete con le altre professionalità presenti, oppure arrendersi a essere *front office* di smistamento burocratico di richieste che, in realtà, sarebbero l'ospedale e la sanità privata chiamati a corrispondere.

Quando ha capito di voler fare il medico



I miei genitori mi dicono che fin dalle scuole elementari ho espresso questo desiderio. Probabilmente ero rimasto affascinato dalla figura del vecchio medico condotto, quello che ti faceva nascere in casa, se necessario ti accompagnava in ospedale e rimaneva con te nella vita, fino poi al trapasso. Devo dire che, contrariamente a quanto si possa credere, la mia scelta è stata anche osteggiata. Sono andato avanti nonostante tutto, non solo durante il liceo, dove spronato dalla volontà di voler raggiungere il mio lavoro ideale l'ho testardamente rincorso, ma soprattutto all'università, visto che a 25 anni ero già laureato con il massimo dei voti, tra i più giovani in Italia. La mia famiglia, poi, una famiglia semplice, di

impiegati, ha attraversato gravi problemi economici. Io al secondo anno di Università mi sono sposato, ho avuto un bambino che mi ha accompagnato nel giorno che mi sono laureato. Con mia moglie lavoravamo e studiamo, insomma diventare medico l'ho davvero voluto.

Sono le difficoltà che l'hanno convinta dell'importanza dell'impegno nel sindacato



No, è stato un caso, direi. Il sindacalismo qui in Lombardia era molto sentito e un collega mi spronò in tal senso. Ricordo che mi presentai nella sede dello Snam e mi iscrissi. Ho cominciato a partecipare facendo l'uditore e coprendo cariche sempre maggiori, mi sono ritrovato ad accompagnare l'evoluzione sindacale degli ultimi trent'anni. Il sindacato mi ha appassionato perché mi appassionava il mio lavoro. Vedevo e vedo tuttora nel sindacato la possibilità di trasformare in operatività tutto quello che dal punto di vista scientifico, organizzativo e professionale si scopre nel campo della sanità. In Italia esistono delle leggi che portano a fare delle Convenzioni che il sindacato discute e tratta. Se vuoi incidere sulla professione devi farne parte e impegnarti. Questo mi è stato particolarmente chiaro, forse, perché non ho mai smesso di fare il Mmg. Se non lavori, se non sei sul pezzo, non riesci a capire quali siano le vere problematiche professionali, che cambiano con l'evoluzione scientifica molto rapidamente, ma soprattutto

in Italia cambiano da Regione a Regione. Negli ultimi anni registriamo un crescente disamore per il sindacalismo perché molti ritengono ancora che la medicina di famiglia sia quella in cui la singola mutua convenzionava il singolo medico, in un rapporto assolutamente libero-professionale. Questa cosa è cambiata negli anni e mi ha portato innanzitutto a cambiare la mia visione strategica della professione, sia come medico, sia come rappresentante di quel sindacato di cui, negli anni, sono diventato presidente. Oggi il rapporto che c'è tra le Regioni e il Mmg è di subordinazione, fatto che non può essere ignorato. Possiamo sceglierci lo studio, l'organizzazione, ma assicuriamo un pacchetto di prestazioni che non possiamo decidere noi come era in passato. Possiamo negoziarlo solo a livello sindacale.

Un'intuizione che a suo avviso è stata compresa nella professione



Se sono arrivato al vertice dello Snam assumendo questa prospettiva, è chiaro che questo passaggio è stato un obiettivo condiviso. In molti, però, c'è stato un ripensamento perché è indubbio che cercare di coinvolgere il singolo medico non raccontandogli che tutto va male ma che, com'è in verità, le cose sono cambiate e per riuscire a cambiare le strutture che stanno evolvendo tanto rapidamente, devi capire come funzionano e lavorare al loro interno. Scendere in piazza non serve più, a livello generale.

Abbiamo visto di recente nel Paese che se pure lo si fa con grandi numeri non si cambia quasi nulla perché è cambiata la maniera di fare opinione, di spostare il consenso. Bisogna cambiare metodo, ma questo non è stato capito e mi sono dimesso dalla mia carica, anche se con molta amarezza. Altri sindacati, però, che lo avevano capito, quasi tutti in verità, mi hanno contattato per chiedermi se volevo collaborare.

E così è partita la sua nuova avventura nel Sumai ?

La devolution sanitaria fa sì che ogni Regione abbia con i propri cittadini, e con le proprie strutture sanitarie, un rapporto assistenziale molto diversificato. Quando sono uscito dal mio vecchio sindacato ho scelto il nuovo ambito in cui impegnarmi dopo un'attenta analisi di questa realtà. La mia Regione, la Lombardia, per prima ha scelto di dividere con decisione i due ambiti dell'ospedale e del territorio, sta portando forse all'espansione questa visione evidenziando con maggiore forza le contraddizioni che ne stanno scaturendo. Il Mmg, in questo ambito, deve assumere un ruolo da coordinatore, collaborando con altre figure e in particolare quelle delle specialità. Fino a quando il medico non capirà che fare "sanità" oggi significa prendere in carico il paziente integralmente, chi investe in sanità non lo farà interamente sul territorio, ma gli affiderà soltanto piccoli pezzi complementari continuando a destinare la maggior parte delle risorse a strutture che invece gli assicurino il processo dall'inizio alla fine.

Il Mmg, nella sua visione, si schiera dunque al fianco degli specialisti ?

Il lavoro comune tra specialisti ambulatoriali e medici di famiglia è l'unico baluardo che si può opporre all'invasione di quelle strutture ospedaliere che vogliono fare l'asso pigliatutto del Ssn. In Lombardia questo è particolarmente evidente, considerato che siamo l'unica Regio-

ne d'Italia in cui più della metà delle strutture sanitarie operative è fatta da strutture private convenzionate che hanno un'aggressività di offerta rispetto ai cittadini diversa dal pubblico. È qui il banco di prova dove la medicina del territorio deve dimostrare di essere all'altezza della sfida, altrimenti la centralità del Mmg e della rete che gli si è andata costruendo intorno, con un lavoro scientifico e sindacale insieme, potrà perdersi molto rapidamente.

Qual è il suo modello di riferimento ?

Sicuramente l'Europa. In Catalogna, per esempio, la medicina del territorio è organizzata in modo da potersi far carico del cittadino in tutti i suoi bisogni di cure primari, mentre l'ospedale assume un suo ruolo specifico, ben definito, e sicuramente più appropriato che da noi. Analizzando modelli come questi è chiaro che esistono strutturazioni possibili della medicina di famiglia e di specialistica territoriale che possono essere competitivi rispetto all'ospedale, e far vivere un'idea autentica di MG e di continuità appropriata, che abbia al centro i bisogni del paziente e non la produttività delle strutture. Il Mmg che, al contrario, scegliesse di non essere parte attiva e responsabile in questa trasformazione, che si limitasse a svolgere un vecchio ruolo di assistenza parcellizzata, diventerebbe ben presto un semplice passacarte ancorando al ribasso, purtroppo, la maggioranza della professione

Qual è il futuro del sistema sanitario vista dalla MG ?

La sanità evolve, migliora, fa nuove conquiste ogni giorno. Il problema che intravedo è rispetto alla possibilità per tutti di accedervi come è successo fino ad oggi. Bisognerà battersi perché ciò avvenga, in particolare in questi tempi di crisi. È vero: nel Ssn ci sono ampi margini di spreco da ottimizzare prima di tagliare le prestazioni essenziali, ma nulla di quanto acquisito può essere dato per sconta-

to. Pensiamo, per esempio, ancora alla Lombardia: gli amministratori annunciano in questi mesi che nel caso in cui il paziente cronico venisse ospedalizzato inappropriatamente, perché il medico che lo segue non ha rispettato tutti gli step previsti dallo specifico protocollo di assistenza, il compenso relativo potrebbe essere decurtato del 15-20%. Nel segno del "CReG" (Cronic related group), una sorta di Drg applicato all'assistenza dovuta ai malati cronici, si pensa di determinare una tariffa che per vedersela riconosciuta per intero il medico - sia esso medico di medicina generale o specialista - dovrà seguire pedissequamente il percorso di cura prestabilito, pena una vera e propria multa, con buona pace della sua autonomia professionale, di scienza e coscienza. Sono derive a cui dobbiamo opporci con fermezza.

Ma la medicina generale, in questo contesto, ha possibilità di futuro ?

La medicina generale o cercherà di capire quale sia il nuovo ruolo che può giocare, oppure dovrà giocare di rimessa perdendo molto della sua identità. Al momento non l'ha capito ancora. Io sto chiedendo da anni di concordare e introdurre dei Livelli essenziali d'assistenza della MG. Oggi viviamo nel paradosso che un Mmg può, sulla carta, avviare ciascuno dei propri pazienti a strutture e professionisti ulteriori, in particolare gli specialisti, senza mai visitarli. D'altro canto, per assurdo, può fare tutto lui senza mai consentire ai propri pazienti un doveroso approfondimento.

Un video di approfondimento è disponibile sul portale www.mdwebtv.it, visualizzabile anche con smartphone/iphone attraverso il presente **QR-Code**

