

# Per le cure primarie non servono progetti faraonici

*Secondo quanto dichiarato a M.D. da Bruno Agnetti responsabile nazionale assistenza primaria del Sindacato Medici Italiani (Smi), al di là dei modelli organizzativi proposti o adottati, la svolta per il riordino delle cure primarie e per la presa in carico delle fragilità, delle cronicità e dei casi complessi è racchiusa nell'integrazione multiprofessionale territoriale realmente operativa.*

Anna Sgritto

**S**e da bambino gli domandavano cosa volesse fare da grande, Bruno Agnetti, non aveva esitazioni e rispondeva: "Il medico". Da allora non ha mai cambiato idea. Quella ferma decisione non deve però trarre in inganno e far pensare a un cammino ben delineato verso una professione agognata e sognata in tenera età. L'approdo alla medicina generale è stato il risultato di un percorso movimentato quasi "irrequieto" di chi è incline al cambiamento, alla sperimentazione e soprattutto al lavoro di squadra. Da "grande", imboccato il sentiero dell'*ars medica*, il suo interesse si focalizza sulla cardiologia pediatrica e all'università di Parma segue i corsi del Prof. **Umberto Squarcia** che non solo gli dà l'opportunità di confrontarsi con colleghi di altre nazionalità, ma gli permette di scoprire un'altra passione: l'anestesiologia che eserciterà presso l'Ospedale Civile di Brescia. A fare da spartiacque, in questo periodo, sarà la terapia del dolore, in particolare, sarà la diversità di risposta individuale dei pazienti al trattamento con egual farmaco e egual dosaggio a deviare di nuovo il suo tragitto e questa volta a fargli gettare l'ancora presso la Facoltà di Psicologia di Siena dove segue i corsi di psicologia comportamentale del Prof. **Virginio Lazzeroni**. La relazione con i pazienti diventa l'atto fondante di quella professione che desidera esercitare, così molla tutto, si licenzia dall'ospedale di Brescia e va a Borgotaro, un paese di montagna del parmense a fare il medico di medicina generale.

## Da anestesista a Mmg, un bel cambiamento...

"Borgotaro è stata una bella palestra. Ho fatto di tutto, dal ginecologo, al pedia-

tria, al rianimatore. La mia precedente esperienza mi ha aiutato a organizzare l'ambulatorio come un piccolo presidio ospedaliero, con tanto di cartelle cliniche per ognuno dei miei 1.500 assistiti. Mio compagno di lavoro il mitico M24 Olivetti, primo personal computer, l'ultima pietra miliare che l'industria informatica italiana sia riuscita a imporre. Ma a poco a poco cominciai a sentire un vuoto, mi mancavano le librerie, la città, i luoghi di confronto con gli altri colleghi e così appena ho potuto ho chiesto il trasferimento, ho rinunciato ai miei 1.500 pazienti e sono andato incontro all'ignoto aprendo il mio studio a Parma con un solo paziente, ho ricominciato da zero. L'esiguo numero di assistiti mi lasciava spazio per altri progetti che mi frullavano nella testa. Fondo a Bologna una scuola di psicoterapia, dove ho insegnato per anni, ma di cui ora non mi occupo più, partecipo a un concorso all'ospedale di Mantova per un posto in psichiatria che vinco, ma quell'esperienza dura poco perché decido di tornare a quella che riconosco essere la mia principale passione: la medicina generale. Ed è in questa professione che convoglio tutte le mie energie".

## La sua esperienza di medico singolo è durata poco...

"Sì, in effetti, quando ho deciso di dedicarmi totalmente alla medicina generale, ho cercato di coinvolgere subito i colleghi del territorio a dar vita a una medicina gruppo, un'organizzazione in cui credevo ancor prima che se ne cominciasse a dibatterne alacremente nella professione. In effetti la riforma della sanità 502/92 e il successivo accordo collettivo nazionale (Dpr 484/96) apriva-

no la strada a quegli infiniti compiti aggiuntivi che da allora sarebbero gravati progressivamente sulle spalle dei Mmg. L'articolo 71 dell'Acn del 1996 attribuiva all'associazionismo e alla sue diverse forme compiti soprattutto di natura organizzativa. Sarà poi l'articolo 40 dell'Acn del 2000 che tenterà di sistematizzare le esperienze associative sperimentate sul campo e inoltre con tale convenzione si aprirà la via agli accordi regionali e a quelli aziendali. Si tratta di momenti topici che assieme alla svolta federalista con la riforma del Titolo V della Costituzione nel 2001 e all'Acn del 2005 cominceranno a cambiare il volto dell'organizzazione e dell'erogazione delle cure primarie da territorio a territorio. Tornando al mio percorso, i primi passi verso l'ideazione e la progettazione di una medicina di gruppo sono datati 1996. Fu in quell'anno che cominciarono i primi incontri con 5 colleghi appartenenti tutti allo stesso ambito territoriale in cui iniziammo a ragionare insieme sulle nuove problematiche legate alla nostra attività professionale e alle idee che si stavano diffondendo riguardo all'associazionismo medico. Il periodo di autoformazione fu lungo e il gruppo si costituì ufficialmente nel 1997 e venne riconosciuto dalla neonata Ausl con delibera del 1998, mentre l'atto costitutivo venne protocollato all'Ordine dei Medici nel 2000. Ma ben presto ci accorgemmo che l'imponente evoluzione delle problematiche assistenziali territoriali rendeva necessario un ripensamento della nostra medicina di gruppo e si decise di cambiare e riprogettarne una nuova. Un progetto condiviso inizialmente da tutti i colleghi, ma poi strada facendo, mi ritrovai da solo e nel 2006 ho costituito a Parma insieme ad altri colleghi la "Medicina di

Gruppo di San Moderanno” che attualmente è referente del Nucleo di Cure primarie di quel quartiere”.

### **Oneri e onori di questa struttura sono completamente a carico dei Mmg che la compongono**

“La sanità pubblica per questa organizzazione dà degli incentivi, ma gran parte dei costi fissi e del personale grava sui Mmg che con gli incentivi non riescono a coprire in toto. Siamo in una piena organizzazione *self made*. In Emilia Romagna ci sono delle medicine di gruppo pubbliche e lì i costi che gravano sui medici sono ben diversi. Le medicine di gruppo *self made* non hanno una posizione giuridica chiara, i contratti di affitto per il rifornimento di energia elettrica, acqua e gas non possono essere intestati al gruppo, ma al medico singolo. Si tratta di strutture costose che diventano un punto di riferimento sul territorio a cui la popolazione si rivolge. Il Nucleo di Cure Primarie, di cui oltre a essere referente, fa parte la nostra medicina di gruppo, si riunisce una volta al mese per affrontare problemi, professionali, di appropriatezza prescrittiva, emergenza, autoformazione, formazione, audit. Stiamo parlando di 20 medici che assistono 30mila persone. Questa esperienza è stata ed è talmente significativa per il mio percorso professionale e anche individuale che ho sentito il bisogno di raccontarla, così ho esposto la mia idea ai colleghi che mi avevano accompagnato nella costituzione prima dei gruppi e poi delle NCP e con il loro contributo ho scritto un libro dal titolo: “Guida alla medicina di gruppo: come organizzare una medicina di gruppo senza massacrarsi la vita” una sorta di *vademecum* per i colleghi su come si fa una medicina di gruppo, evidenziando da quali esigenze siamo partiti e le criticità che abbiamo incontrato sia tra di noi che nei rapporti con le Asl e con le aziende, quelli che ancora oggi si rilevano e i possibili sviluppi futuri”.

### **Come nasce la scelta di impegnarsi sindacalmente**

“Ho sentito la necessità di interessarmi di sindacato perché mi permetteva di poter interloquire, oltre che con i colle-

ghi, con i rappresentanti istituzionali, avevo bisogno di agire in un organo di rappresentanza della categoria che però avesse largo respiro, cioè mi desse la possibilità di interfacciarmi con tutti i colleghi che come me avevano fatto la scelta di operare nel Ssn. Tutti stiamo sulla stessa barca (che è rappresentata dal Servizio sanitario nazionale e dalle “monadi” che lo costituiscono: i servizi sanitari regionali) con ruoli e funzioni diverse che dovrebbero permettere comunque alla barca di muoversi. Ho scelto il Sindacato dei Medici Italiani perché è un sindacato trasversale, dove sono rappresentati con eguale dignità i medici del servizio sanitario nella loro totalità, Mmg, specialisti, ospedalieri, guardia medica, è così possibile il confronto tra le istanze di tutti, si ha una visione meno particolare, di ampio respiro, si riesce meglio a declinare la complessità. Il lavoro professionale realizzato, la competenza acquisita in questi anni, prima come segretario provinciale e poi come presidente regionale, ruolo che rivesto tutt’ora, mi ha portato ad essere proposto come responsabile nazionale dell’assistenza primaria del sindacato. Incarico difficile in cui mi sto rendendo conto dell’eterogeneità degli assetti professionale e strutturali in una stessa Regione e Provincia, dove anche l’utilizzo di alcuni termini ha significati differenti e fare da collettore è estremamente difficile e impegnativo. Ho preso sempre più coscienza che non c’è più il Servizio sanitario nazionale, ma tanti servizi sanitari regionali, non c’è uniformità, ci sono Regioni considerate modelli e altre lasciate a loro stesse con enormi contraddizioni in termini di erogazioni di cure e servizi. Questa eterogeneità ha delle ricadute significative anche sull’esercizio della medicina generale e in alcuni territori le difficoltà che noi Mmg riscontriamo ogni giorno sono più stridenti”.

### **Sono anni che si parla di riordinare il sistema delle cure primarie, con continue proposte di modelli e progetti, ma la situazione sembra precipitare...**

“Le continue e interminabili sperimentazioni e gli annunci ad effetto sulla riorganizzazione della medicina

di primo livello hanno finora prodotto solo un incremento esponenziale di compiti e mansioni scaricate sui medici del territorio. I nuovi bisogni richiedono risposte coerenti e una rinnovata gestione della complessità territoriale in grado di coniugare ciò che già esiste con nuove forme di integrazione più flessibili e più vicine al territorio, senza dimenticare però i bisogni dei professionisti che si stanno evidenziando in modo sempre più preoccupante. Sono convinto che l’integrazione multiprofessionale territoriale realmente operativa sia la strategia vincente per soddisfare sia i bisogni assistenziali sia organizzativi, indipendentemente dai modelli organizzativi proposti o adottati nei vari ambiti. Le risorse umane ed economiche attive sul territorio per dare vita a un modello sostenibile e strutturalmente solido necessitano però di investimenti e finanziamenti a fronte di concrete soluzioni di rete non più dilazionabili con dichiarazioni od annunci demagogici. La sostenibilità del sistema richiede un supporto convinto al territorio e la strutturazione di scelte coraggiose che devono assolutamente comprendere l’abolizione di posizioni di rendita fiduciaria non più coerenti con la crisi economica che colpisce il sistema. Una buona parte di questi costi parassitari, degli sprechi devono essere convogliati verso quei professionisti che ogni giorno fanno fronte al bisogno di cura crescente delle persone ed è un’illusione pensare di poter realizzare tutto questo a costo zero a meno che non si pensi di traghettare tutta la medicina generale verso la dipendenza”.

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

