

Osservatorio sui sistemi sanitari

Osservatorio sui sistemi sanitari

La difficile riforma dell'assistenza primaria, tra legge statale, accordi collettivi e programmazione regionale*

Ettore Jorio** e Davide Servetti***

SOMMARIO: 1. L'assistenza primaria come componente assiologicamente qualificante la garanzia del diritto alla salute perseguita mediante il Servizio sanitario nazionale. – 2. Il nodo dell'integrazione dell'assistenza medico-generica e pediatrica nell'organizzazione distrettuale: cenni ricostruttivi, dalla legge n. 833/1978 al d.lgs. 229/1999. – 3. La storia recente dell'assistenza primaria. La fase che precede la riforma del 2012, tra sperimentazione di nuovi modelli, riprogettazione complessiva della sanità territoriale e problemi specifici della riorganizzazione delle cure primarie. – 4. Dall'accordo collettivo nazionale del 2009 alla riforma del 2012. – 5. La mancata attuazione della riforma da parte della contrattazione collettiva: l'omessa revisione degli accordi della medicina generale e della pediatria di libera scelta quale principale fattore di blocco. – 6. La problematica attuazione della riforma da parte delle Regioni, tra eterogeneità dei modelli regionali di sanità territoriale, ambiguità delle scelte programmatiche, attesa dello sblocco della contrattazione collettiva. – 7. Considerazioni conclusive: la percezione di una riforma fallita, gli indicatori di un processo in atto, il problema non aggirabile della contrattazione collettiva, la necessità di una nuova sintesi nazionale.

* Contributo sottoposto a revisione tra pari in doppio cieco. Il contributo è frutto della collaborazione tra gli autori; i parr. 3, 5-7 sono stati redatti da Davide Servetti, i parr. 1, 2, 4 da Ettore Jorio.

** Docente di diritto della salute e dell'assistenza sociale nell'Università della Calabria, avvocato nel foro di Cosenza, ettore.jorio@unicl.it.

*** Dottore di ricerca in Diritto costituzionale nell'Università del Piemonte Orientale, segretario scientifico della Società italiana di Diritto sanitario, davide.servetti@uniupo.it.

1. L'assistenza primaria come componente assiologicamente qualificante la garanzia del diritto alla salute perseguita mediante il Servizio sanitario nazionale

Il quarantennale della legge n. 833 del 1978 celebrato lo scorso anno ha sollecitato operatori e studiosi a tracciare un bilancio dell'evoluzione del Servizio sanitario nazionale attraverso le sue diverse stagioni, scandite da periodiche "riforme della Riforma", lungo un percorso rimasto unitario benché caratterizzato da cambiamenti di non poco conto, specchio (e banco di prova) delle trasformazioni dello Stato sociale che la Costituzione impegna la Repubblica a realizzare¹. L'anniversario ha naturalmente richiamato l'attenzione anzitutto sul contesto storico e politico-legislativo della Riforma e in particolare su di un 1978 denso di eventi. Alla legge n. 833 è stata spesso associata, in ragione dei nessi con la garanzia del diritto alla salute della persona, la commemorazione delle nn. 180 e 194, così come non è mai mancato l'inquadramento dell'approvazione della Riforma sanitaria nella fase conclusiva del triennio della c.d. solidarietà nazionale, sul cui esito pesò in misura determinante un altro avvenimento memorabile di quell'anno, per la sua tragicità questa volta, come fu l'assassinio di Aldo Moro².

È stato sovente ricordato³ un altro atto di quel 1978, noto specialmente tra gli addetti ai lavori, ovvero la Dichiarazione di Alma Ata adottata dalla Conferenza internazionale sull'assistenza primaria, la quale tracciò uno scenario di sviluppo della tutela della salute rivolto alla centralità dei bisogni della persona, all'intervento sui determinanti sociali ed economici della salute (secondo una concezione che anni dopo verrà sviluppata sotto l'ombrello concettuale dell'*health in all policies*), all'avvicinamento dei servizi sanitari ai luoghi di vita e di lavoro della persona nella comunità di riferimento, all'educazione sanitaria e alla piena partecipazione del cittadino alle politiche per la salute, alla prevenzione (nel significato oggi attribuito alla prevenzione, appunto, detta "primaria"), all'integrazione dell'assistenza sanitaria con quella sociale: una dichiarazione che, con ragione, la sua più recente epigone (la Dichiarazione di Astana del 2018), nel ribadirne l'attualità, definisce "ambiziosa e visionaria".

¹ Per una lettura a più voci di questa evoluzione possono vedersi ad esempio i contributi sul tema pubblicati nel numero 3/2018 di questa *Rivista*, ad iniziare da quello introduttivo (e problematizzante con riguardo ad alcune prospettive di sviluppo) di R. BALDUZZI, *Quasi un editoriale. Dopo 40 anni, verso una destrutturazione del Ssn?*, in *Corti Supreme e Salute*, 2018, n. 3, pp. 465 ss.

² Per una approfondita conoscenza della genesi storica, nel lungo e nel breve periodo, della Riforma sanitaria può farsi riferimento principalmente agli studi di Francesco Taroni, da ultimo *Il volo del calabrone. 40 anni di Servizio sanitario nazionale*, Roma, Il pensiero scientifico, 2018, pp. 1-53.

³ Ad es. da L. BUSATTA, *Le dinamiche del biodiritto contemporaneo tra anniversari e tenuta dei principi costituzionali*, in *BioLaw Journal-Rivista di biodiritto*, 2018, n. 3, pp. 1 ss.

Due aggettivi, questi, sui quali riflettere ogniqualvolta ci si accosti al problema dell'organizzazione dell'assistenza primaria, che va ritenuta una componente fondamentale nel progetto riformatore della legge n. 833. Essa, infatti, può essere considerata l'implicazione forse più rappresentativa della visione olistica della tutela della salute della persona che ispira la Riforma e, mostrando un'intima coerenza con i principi costituzionali personalista e solidarista, arricchisce il già impegnativo principio della globalità delle cure, quale tensione del sistema sanitario alla copertura da tutti i rischi per la salute e dunque all'erogazione di tutte le prestazioni a ciò funzionali, con l'idea che la salute vada promossa e protetta in ogni dimensione della vita personale, ivi comprese le "comunità" (familiare, scolastica, di lavoro, territoriale, ecc.) in cui essa si svolge. Due aggettivi, dunque, che avvertono l'osservatore circa il livello elevato della sfida lanciata ad un sistema sanitario costruito sulle solide fondamenta dell'ospedale quale baricentro organizzativo e strutturale e sulla cura della malattia quale paradigma delle attività di tutela della salute⁴.

2. Il nodo dell'integrazione dell'assistenza medico-generica e pediatrica nell'organizzazione distrettuale: cenni ricostruttivi, dalla legge n. 833/1978 al d.lgs. 229/1999

È noto che proprio la legge n. 833 fosse figlia di una cultura professionale d'avanguardia, consentanea ai principi di Alma Ata e orientata ad una concezione della tutela della salute critica nei confronti di un'eccessiva ospedalizzazione e medicalizzazione dei processi di assistenza.

La creazione del distretto sanitario, quale unità organizzativa di base delle USL (art. 10, c. 3) e ambito strategico per l'integrazione con il settore sociale ed altri comparti dei servizi di welfare (art. 11, cc. 5 e 6)⁵, è conseguenza di questa concezione, ma è al contempo an-

⁴ Sulla cura come paradigma fondante la medicina, sulla rilevanza di una concezione di tutela della salute non limitata alla cura e sulle tendenze, talora problematiche, che oggi caratterizzano il superamento di quel paradigma, v. ora R. BALDUZZI, *La medicina oltre la cura*, in *BioLaw Journal – Rivista di biodiritto*, 2019, n. 3 (in corso di pubbl.). Sull'importanza di progettare l'assistenza sanitaria entro un rapporto sistemico tra ospedaliera e primaria insiste giustamente uno dei padri nobili della sanità italiana, Elio Guzzanti, il quale ha limpidamente scritto che senza una efficace organizzazione dell'assistenza primaria, «è impossibile ritenere che si possano contenere entro limiti ragionevoli i ricoveri ospedalieri e le crisi del pronto soccorso, perché nessun nodo della rete ospedaliera può operare regolarmente se si trova nel vuoto, cioè nell'assenza di attività e servizi che assistano nella comunità le persone affette dalle patologie di minore rilevanza ma di larga diffusione, e le persone affette da malattie croniche, le persone disabili e quelle non autosufficienti»: E. GUZZANTI, *L'assistenza primaria in Italia, dalle condotte mediche al lavoro di squadra*, a cura di M.C. MAZZEO, G. MILILLO, A. CICCETTI, A. MELONCELLI, Edizioni Iniziative Sanitarie, Roma, 2009, p. 81 (al volume si rinvia altresì, in via generale, quale preziosa fonte di ricostruzione dell'evoluzione giuridico-istituzionale del settore).

⁵ Sono forti, in queste disposizioni, gli echi di quel filone di teoria delle politiche pubbliche incentrato sulle c.d. unità locali dei servizi (spunti ricostruttivi in C. TREVISAN (a cura di), *L'unità locale di servizi - Quaderno di servizi sociali n. 8*, Fondazione Zancan, 1968 e in V. ONIDA, A. PREZIOSO, C. TREVISAN, *I Comuni di fronte all'unità locale*, Fondazione Zancan,

che mera premessa per la sua realizzazione, lasciata allora in larga parte ad un'attuazione regionale che rimase priva di un quadro programmatico nazionale per tutta la prima fase di sviluppo del Ssn⁶.

Per comprendere l'evoluzione dell'organizzazione dell'assistenza primaria e le sue condizioni attuali, va poi considerata un'altra previsione "aperta" della legge n. 833, qual era l'art. 25, c. 3. Secondo tale disposizione l'«assistenza medico-generica e pediatrica» avrebbe dovuto essere «prestata dal personale dipendente o convenzionato del servizio sanitario nazionale operante nelle unità sanitarie locali o nel comune di residenza del cittadino». Essa, frutto di una modifica della formulazione contenuta nel disegno di legge governativo (che invece configurava l'intervento del personale dipendente come transitorio e residuale, limitato cioè alle sole zone carenti e fino alla copertura delle medesime da parte del personale convenzionato⁷), poneva sullo stesso piano il ruolo delle due categorie di personale, lasciando così impregiudicata la possibilità che il nerbo dell'assistenza primaria (la medicina e la pediatria di base) non facesse capo esclusivamente a quel modello convenzionale disegnato un anno prima dall'art. 9 della legge n. 349 del 1977 e destinato – fin dalla sibillina attribuzione alle Regioni della funzione di «istituzione, modifica e soppressione» delle condotte mediche comunali con il d.p.r. 14 gennaio 1972, n. 4 (art. 2, c. 2, lett. g) – ad assorbire completamente l'attività di assistenza medico-generica e pediatrica. Questa possibilità non prese effettivamente piede e l'art. 8 del d.lgs. 502/1992 la superò del tutto, riconducendo in via esclusiva alla medicina convenzionata tali funzioni di

1974), il cui concorso alla fondazione del Ssn sul principio della programmazione è stato importante (sulle ragioni per considerare a tutt'oggi quello della programmazione un "principio strutturale" del Ssn v. R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio sanitario nazionale*, in R. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, Il Mulino, 2013, p. 80; per una visione complessiva del sistema della programmazione e per cenni ricostruttivi al metodo programmatico quale motore del Ssn cfr. G. CARPANI, *La programmazione*, ivi, pp. 325 ss., spec. p. 327).

⁶ Come noto, infatti, il primo piano sanitario nazionale che riuscì a giungere all'approvazione fu quello per il triennio 1994-1996, ormai entro un assetto del Ssn profondamente mutato dal riordino del 1992-1993. La mai avvenuta adozione del PSN 1979-81, rimasto allo stato di bozza, e la successiva latitanza della programmazione nazionale non impedì ad una "avanguardia" di Regioni (ad es. Emilia-Romagna, Lombardia, Piemonte) di adottare fin dai primi anni Ottanta e con apprezzabile regolarità lungo quel decennio propri piani sanitari regionali.

⁷ Il riferimento va all'art. 13 del d.d.l. C.1252 (annunciato nella seduta del 16 marzo 1977). Che si trattasse di una decisione controversa è fuor di dubbio, visto che il precedente più autorevole di questo disegno di legge, ovvero il primo grande progetto di riforma presentato dal ministro Vittorino Colombo nella legislatura antecedente (d.d.l. C.3207, annunciato nella seduta del 12 agosto 1974), optava per la soluzione di "pariordinazione" del personale dipendente e convenzionato nell'erogazione dell'assistenza medico-generica e pediatrica che poi ebbe la meglio nella versione finale del testo di legge approvato nel dicembre 1978. E che proprio il rapporto con il personale convenzionato sia stato al centro di uno dei passaggi più difficili dell'istituzione del Ssn non pare nascondere la relazione illustrativa del progetto di legge del 1977, ove viene dato atto di aver raggiunto con le rappresentanze di categorie soluzioni condivise (che si tradussero nella legge n. 349 del 1977). Al d.d.l. del 1974 e, in particolare, alla notevole relazione illustrativa che lo accompagnò, può fare riferimento anche chi cercasse conferme circa la profondità del progetto riformatore alla base dell'istituzione del Ssn e la concezione avanzata di tutela della salute di cui esso si faceva portatore (cfr. ad es., per la rilevanza che ha nel nostro discorso, il paragrafo intitolato "Lo squilibrio fra cura e prevenzione", pp. 15-16 dell'atto parlamentare).

assistenza⁸. Tuttavia, è rilevante osservare come l'ambiguità dell'art. 25, c. 3, la quale rispecchiava una più complessiva ambiguità circa il ruolo del personale convenzionato nel Ssn⁹, abbia reso fin dall'inizio problematico il rapporto tra l'attività di assistenza primaria prestata dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta e l'organizzazione dei servizi territoriali facenti capo al distretto: rapporto che, nella complessiva logica della Riforma, avrebbe dovuto essere improntato ad una forte integrazione.

Mentre gli accordi collettivi nazionali di categoria non lesinavano dichiarazioni d'intenti favorevoli all'integrazione della medicina convenzionata nell'organizzazione distrettuale, che invero non trovavano poi seguito in specifiche previsioni¹⁰, a livello legislativo fu a lungo mantenuto un significativo silenzio sulle forme di una simile integrazione. La stessa riforma del 1992, che superò l'ambiguità concernente l'esclusiva riconduzione dell'assistenza medico-generica e pediatrica al modello convenzionale e, dunque, sancì anche in astratto la necessità di affrontare il problema dell'integrazione, lasciò sostanzialmente intatto questo nodo che, anzi, venne in qualche modo ancor più stretto dall'introduzione dell'obbligo di «garantire la continuità assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, anche attraverso forme graduali di associazionismo medico»¹¹; obiettivo, questo, che venne rimesso agli accordi regionali, da stipulare «unitamente anche alle organizzazioni sindacali delle categorie di guardia medica e dei medici di medicina dei servizi»¹². In tal modo, lo svolgimento del principio di continuità assistenziale, che sarà centrale per gli sviluppi futuri della materia e sollecita l'effettiva integrazione della medicina convenzionata nell'organizzazione della sanità territoriale, venne ancora una volta lasciato a future determinazioni, rinviate essenzialmente al doppio livello della contratta-

⁸ Si veda in particolare il comma 1, lett. *b*), dell'articolo 8 (già nella versione originaria, che non venne per questa parte modificata dal d.lgs. integrativo e correttivo n. 517/1993).

⁹ Risoluto, in tal senso, il giudizio di F. TARONI, *Politiche sanitarie in Italia. Il futuro del Ssn in una prospettiva storica*, Roma, Il pensiero scientifico, 2011, p. 206: «Anche un problema fondamentale per l'organizzazione ed il funzionamento del sistema come quello del ruolo dei medici di medicina generale, che in Gran Bretagna aveva costituito il cuore della lunga negoziazione fra Aneurin Bevan e la British Medical Association (Eckstein, 1960), venne aggirato in Italia con formulazioni ambigue ed incoerenti».

¹⁰ Cfr. ad esempio gli accordi collettivi nazionali della medicina generale adottati con i D.P.R. 882/1984, 289/1987, 314/1990. Un cambio di passo è invece rinvenibile nel successivo accordo (v. D.P.R. 484/1996).

¹¹ Art. 8, comma 1, lett. *e*), d.lgs. 502/1992 (già nella versione originaria, che non venne per questa parte modificata dal d.lgs. integrativo e correttivo n. 517/1993). Tale innovazione va compresa alla luce del superamento del servizio di guardia medica operato dalla riforma *bis* e con la conseguente distinzione tra servizio di emergenza territoriale (per gli interventi urgenti) e servizio di continuità assistenziale (per gli interventi non urgenti). È vero che anche il servizio di guardia medica faceva gran conto sulle convenzioni con medici libero professionisti e che, essendo tale attività non incompatibile con quella di assistenza medico-generica, questo settore era già ampiamente in carico al personale convenzionato e alla medicina generale in particolare; tuttavia, l'introduzione di un autonomo servizio di continuità assistenziale affidato alla medicina generale determina l'individuazione di una specifica categoria di professionisti, i medici di continuità assistenziale, per il cui convenzionamento e per la cui attività gli ACN successivi alla riforma definiscono regole apposite. Si tornerà oltre sul punto, parlando dell'istituzione del ruolo unico da parte del legislatore del 2012.

¹² Art. 8, comma 1, lett. *e*), d.lgs. 502/1992 (già nella versione originaria, che non venne per questa parte modificata dal d.lgs. integrativo e correttivo n. 517/1993).

zione collettiva, la cui prudenza nei confronti della medicina associata¹³ è chiave di lettura di quel «graduali» che spicca nella disposizione citata, mentre il problema dell'integrazione della medicina e della pediatria di base nell'organizzazione distrettuale continuò a passare sotto silenzio.

Il silenzio venne rotto dalla riforma di fine anni Novanta. Tanto la legge delega del 1998 (n. 419)¹⁴ quanto il decreto legislativo del 1999 (n. 229), che riscrisse e integrò ampiamente il d.lgs. n. 502/1992, nel confermare l'attribuzione delle funzioni di assistenza medica e pediatrica di base al personale convenzionato, aprirono espressamente la via alla integrazione di tali funzioni all'interno del distretto¹⁵. Il che avvenne contestualmente al riconoscimento in sede legislativa del *nomen* "assistenza primaria", il quale non figurava precedentemente nella legislazione sanitaria fondamentale e che ancora oggi presenta qualche problema di esatta perimetrazione, in parte dovuto alle fisiologiche continuità con altre aree della sanità territoriale, in parte dovuto a un'ambiguità qualificatoria che sarebbe bene lo Stato e le Regioni risolvessero per quanto possibile¹⁶.

In particolare, la chiara affermazione del principio dell'integrazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nell'organizzazione distrettuale fu corredata con la configurazione dei due principali percorsi per la sua attuazione: da un lato, il principio fu esplicitamente ricompreso tra i vincoli e i contenuti degli accordi collettivi nazionali con le diverse figure di personale convenzionato e venne declinato in previsioni senza dubbio generali ma perciò non meno impegnative¹⁷; dall'altro, il principio fu convertito in una vera e propria "missione" del distretto, forse la principale, nella prospettiva di costruire un vero *sistema* dell'assistenza territoriale il cui asse precipuo fosse l'assistenza primaria e, con ciò, altresì nell'ottica di valorizzare la programmazione regionale e le scelte

¹³ V. ad es. la disciplina della medicina associata nella sua versione sostanzialmente immutata contenuta nell'art. 27 del 289/1987 e nella medesima disposizione del D.P.R. 314/1990. Come si accennava in nota 10, l'accordo del 1996 (v. artt. 40 e 71 del D.P.R. 484 di quell'anno) mostrerà invece un maggiore investimento sull'associazionismo, pur lasciando ampia libertà di forme ai professionisti.

¹⁴ V. spec. art. 2, c. 1, lett. *bb*).

¹⁵ Il quale, del resto, riceveva per la prima volta una compiuta disciplina generale da parte del legislatore statale.

¹⁶ Evidenza più rilevante di tale ambiguità è probabilmente l'assenza di questa categoria tra le aree di prestazioni comprese nella declaratoria dei livelli essenziali di assistenza aggiornata e notevolmente riformata anche nella struttura dal d.p.c.m. 12 gennaio 2017. Benché sia operazione agevole l'identificazione della porzione di gran lunga prevalente dell'assistenza primaria (*nomen iuris* che mai figura nell'atto menzionato) con le prestazioni ricomprese nell'area dell'«assistenza di base» (art. 4), la quale è a sua volta parte delle aree di attività distrettuale (art. 3), tale ambiguità è confermata da due principali circostanze: che la continuità assistenziale (che l'art. 5-*quinquies* del d.lgs. 502/1992 include nell'assistenza primaria) sia distinta dall'assistenza di base; che nell'illustrazione delle attività di assistenza di base si privilegi un criterio analitico-descrittivo che non aiuti la chiara identificazione di quali attività siano riconducibili alle funzioni dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta. Mentre il primo profilo di ambiguità avrebbe probabilmente potuto essere evitato, va detto che il secondo fa i conti, da un lato, con i limiti di competenza e con la funzione medesima della definizione dei livelli essenziali (quale decisione sui contenuti del diritto a prestazione garantiti in modo uniforme sul territorio nazionale alle condizioni di accessibilità proprie del Ssn), dall'altro con il fatto che l'identificazione di quali attività spettino alle predette figure professionali è decisione rimessa essenzialmente alla contrattazione collettiva in base ai principi di cui all'art. 8 del d.lgs. 502/1992.

¹⁷ Il riferimento va specificamente all'art. 8, c. 1, lett. *e*), *f*), *g*), *d*), d.lgs. 502/1992 come modificato dal d.lgs. 229/1999.

organizzative aziendali come leva strategica per realizzare di fatto l'integrazione auspicata¹⁸. In tal senso, le Regioni – premiando il legislatore statale implicitamente l'iniziativa assunta da alcune di esse fin dai primi anni di attuazione della Riforma nella direzione di sviluppare propri modelli di distretto di base – furono inequivocabilmente legittimate ad operare nella revisione delle proprie sanità territoriali mettendo a fattor comune le attività dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta. L'intenzione appariva quella di determinare un contesto organizzativo territoriale il più favorevole possibile per le trasformazioni rimesse alla contrattazione collettiva, il cui concorso restava comunque imprescindibile sotto diversi profili, specialmente per l'attivazione e la regolazione delle forme associative tra professionisti, da un lato, e per l'adesione dei medesimi alle forme organizzative dell'assistenza primaria disciplinate dalle Regioni, dall'altro.

3. La storia recente dell'assistenza primaria. La fase che precede la riforma del 2012, tra sperimentazione di nuovi modelli, riprogettazione complessiva della sanità territoriale e problemi specifici della riorganizzazione delle cure primarie

Dalle richiamate previsioni del 1999 può farsi derivare la storia più recente – ma anche *pleno iure*, poiché, come accennato, la locuzione ricevette dignità legislativa in quell'occasione – dell'assistenza primaria, che può essere a sua volta suddivisa in due fasi il cui snodo è rappresentato proprio dalla riforma del 2012, in particolare dall'art. 1, d.l. 158/2012 (conv. l. 189/2012).

La prima fase si mosse effettivamente lungo i due percorsi delineati da quelle previsioni, caratterizzandosi sia per lo sviluppo di una disciplina contrattual-collettiva più ambiziosa in tema di medicina in associazione e di integrazione dell'assistenza medico-generica e pediatrica nei servizi distrettuali, sia per l'investimento di alcune Regioni nella ristrutturazione delle proprie sanità territoriali (e, simmetricamente, ospedaliere) attraverso la creazione non soltanto di forme organizzative di natura funzionale, bensì anche di nuovi *luoghi* (e strutture) dell'assistenza primaria.

I due percorsi, la cui parola d'ordine unificante e rassicurante fu quella di “sperimentazione”, furono entrambi supportati dalla programmazione nazionale, che tentò di favorirne un coordinamento e un punto comune di convergenza.

L'innescò fu dato da due accordi attuativi del Piano sanitario nazionale 2003-2005, stipulati in Conferenza Stato-Regioni entrambi il 24 luglio, ma di due anni diversi, il 2003 e il 2004.

¹⁸ V. l'art. 3-*quinquies*, c. 1, lett. *a*) e *b*), d.lgs. 502/1992, come introdotto dal d.lgs. 229/1999 e tutt'ora vigente in questa immutata versione testuale.

Il primo individuò cinque priorità di azione per lo sviluppo del Psn mediante la cooperazione Stato-Regioni, tra le quali figuravano le cure primarie. Nell'ambito dell'esigenza sistemica di "depotenziare" l'offerta ospedaliera e "potenziare" quella territoriale, spostando risorse dall'una all'altra¹⁹, la «reinterpretazione del rapporto territorio-ospedale»²⁰ avrebbe dovuto dotare, secondo l'accordo del 24 luglio 2003, l'assistenza territoriale «di risorse e servizi che oggi ancora sono assorbiti dagli ospedali, con un maggiore coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nel governo dei percorsi sanitari, sperimentando nuove modalità operative che favoriscano l'integrazione con le altre figure professionali territoriali». Un «possibile percorso applicativo di tale indicazione» avrebbe preso le mosse «dalla sperimentazione di forme evolutive delle varie tipologie di medicina di gruppo, già prefigurate dai vigenti accordi nazionali, formate da medici di medicina generale, da pediatri di libera scelta e, laddove presenti, da specialisti territoriali, che, in raccordo con i relativi distretti socio-sanitari, assicurino in via continuativa agli utenti le cure primarie, garantendo la continuità assistenziale e rapportandosi a specialisti che assicurino competenza nella diagnostica di base ed in alcune specialità, anche alla guardia medica territoriale o alle strutture o servizi individuati dalle regioni». E, in quest'ottica, ci si proponeva di «sperimentare nuove modalità di erogazione dei servizi territoriali anche utilizzando la riconversione dei piccoli ospedali».

Alla "cosa" prefigurata dall'accordo del 2003 venne dato un "nome" l'anno successivo: UTAP, Unità territoriale di assistenza primaria²¹. Con qualche precisazione da non tralasciare. L'accordo del 24 luglio 2004, per la parte concernente le cure primarie²², conteneva indirizzi progettuali finalizzati a realizzare, secondo soluzioni parzialmente differenti tra aree urbane e non urbane, l'intensificazione dell'associazionismo della medicina convenzionata e l'integrazione con il personale e i servizi del distretto, tale da assicurare la continuità dell'assistenza sulle ventiquattro ore, in tutti i giorni della settimana. Siffatti progetti avrebbero potuto comportare sia la conferma e l'implementazione di modelli autonomi già elaborati da alcune Regioni sia l'avvio di nuovi modelli. È in questo secondo caso che alle Regioni che non avevano ancora adottato autonome iniziative veniva messo a disposizione un modello di riferimento, costituito appunto dalle UTAP, la cui illustrazione era rimessa ad un allegato dell'accordo.

¹⁹ Secondo la prima delle priorità assistenziali che le Regioni avrebbero dovuto indicare alle aziende sanitarie già in base al PSN 1998-2000.

²⁰ Cfr. § 2.7 del PSN 2003-2005.

²¹ Non che la denominazione fosse sconosciuta alla variegata esperienza dell'associazionismo e dei servizi territoriali, tanto che ad essa fa espresso riferimento il documento programmatico intitolato "Sanità futura" approvato il 27 maggio 2004 dal Ministro della salute e dagli Assessori alla sanità delle Regioni e delle Province autonome (il c.d. accordo di Cernobbio, dalla sede dell'incontro istituzionale in cui fu concluso. Tuttavia, anche sull'onda di quel documento, è con l'accordo Stato-Regioni del luglio 2004 che a questa forma organizzativa viene attribuita la funzione di modello che si dirà nel testo.

²² Ai progetti afferenti a quest'area veniva destinato il 25% dei fondi dedicati alla realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario, di cui all'accordo dell'anno precedente.

L'UTAP entra nella programmazione nazionale, quindi, come schema “residuale” o, meglio, come modello-guida per le realtà regionali prive di una propria politica strutturata nel settore. Inoltre, tale figura è definita fin dall'inizio come un «presidio integrato per le cure primarie», luogo fisico il cui requisito minimo è l'elezione del medesimo a sede unica di forme associative tra medici convenzionati, capace però di svilupparsi con «gradualità» verso forme sempre più intense e ampie di integrazione con la dirigenza medica territoriale, il personale infermieristico, «fino a modelli socio-sanitari, che contemplino la presenza anche di operatori sociali e che strutturino l'intervento complesso delle ASL con gli Enti locali per la risposta integrata al bisogno sociale ad elevata rilevanza sanitaria»²³. La prospettiva è dunque quella di farne non soltanto il perno dell'assistenza primaria distrettuale, ma anche un presidio di riferimento per l'integrazione socio-sanitaria²⁴, in linea con i modelli sperimentali che alcune Regioni stavano sviluppando²⁵.

Tutto ciò significa – qui sta il punto – che la programmazione nazionale non individuò allora un modello di riferimento unitario, con standard uniformi predeterminati²⁶, ma lasciò libere le Regioni di sviluppare autonomi modelli organizzativi in grado, territorio per territorio, di raggiungere le prestabilite finalità di sistema (integrazione interprofessionale, continuità assistenziale, integrazione tra assistenza primaria, socio-sanitaria e sociale).

L'accordo collettivo nazionale della medicina generale, rinnovato l'anno successivo, riconobbe l'UTAP come uno strumento strategico per l'integrazione della medicina generale²⁷, ma non si discostò dalla logica sperimentale né dallo schema della volontaria partecipazione dei professionisti interessati. Per un verso, infatti, definì tali unità come «strutture territoriali ad alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale, in grado di dare risposte complesse al bisogno di salute delle persone»²⁸, con ciò consolidando le linee di fondo di politica sanitaria riconoscibili nella programmazione nazionale e ammettendo che il traguardo cui arrivare fosse la creazione di nuovi luoghi della sanità territoriale in cui operassero tutti professionisti del settore. Per altro verso, tuttavia, fu ribadito che per raggiungere simili risultati restava indispensabile non soltanto l'espressione di una volontà “collettiva” della professione, ovvero l'accordo regionale con le organizzazioni di catego-

²³ V. Allegato n. 2 all'accordo del 24 luglio 2004.

²⁴ Lo sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria, anch'essa introdotta dalla riforma del 1999, rappresentava un'altra linea prioritaria degli accordi menzionati, certo non meno impegnativa dell'assistenza primaria e ad essa strettamente legata: in tema cfr. per tutti E. Rossi, *Il “socio-sanitario”: una scommessa incompiuta?*, su questa *Rivista*, 2018, n. 2, pp. 249 ss.

²⁵ Rilevanti in tal senso sono le esperienze toscana (con le unità di cure primarie) ed emiliana (con i nuclei di cure primarie), le quali, a partire dai primi anni Duemila, investiranno molto nello sviluppo del modello assistenziale della casa della salute, sulla quale v. *infra* nel testo.

²⁶ Che per l'UTAP venivano invece (seppur indicativamente) definiti in termini di numero ottimale dei professionisti al suo interno, dimensioni della popolazione di riferimento, numero di unità per ciascun distretto.

²⁷ E altresì della pediatria di libera scelta. Nel prosieguo si farà soprattutto riferimento alla medicina generale, ma gli sviluppi normativi concernenti quest'ultima devono intendersi, salvo precisazioni, validi anche per la pediatria di libera scelta.

²⁸ Art. 26 dell'Accordo collettivo nazionale sottoscritto il 20 gennaio 2005.

ria, ma anche la volontà individuale dei singoli professionisti, dovendo contare l'operatività delle nuove forme organizzative sulla libera adesione dei medici di medicina generale. Il che non faceva altro che prefigurare un percorso di attuazione non dissimile dal lento e barocco meccanismo di incentivazione già noto allo sviluppo dell'associazionismo.

L'Acn del 2005 (sempre all'art. 26) introduceva poi, dedicandole invero più attenzione (e aspettative) che all'UTAP, un'altra forma organizzativa fino ad allora assente nella contrattazione nazionale, l'équipe territoriale, mediante la quale le Regioni e le aziende sanitarie avrebbero potuto realizzare «forme di integrazione professionale dell'attività dei singoli operatori tra loro, la continuità dell'assistenza, la presa in carico del paziente e il conseguimento degli obiettivi e dei programmi distrettuali». Le previsioni dell'accordo mostravano un certo investimento di fiducia su questa figura, descrivendola sia come «strumento attuativo della programmazione sanitaria», sia come «momento organizzativo della medicina generale e delle altre discipline presenti nel distretto per la erogazione dei livelli essenziali e appropriati di assistenza e per la realizzazione di specifici programmi e progetti assistenziali di livello nazionale, regionale e aziendale», sia come forma organizzativa aperta alla partecipazione di tutte le figure professionali funzionali alla realizzazione delle attività affidate dall'art. 3-*quinquies* d.lgs. 502/1992 al distretto, ivi comprese dunque quelle afferenti all'integrazione socio-sanitaria, fino a farne uno strumento specifico per l'erogazione delle prestazioni ad elevata integrazione socio-sanitaria²⁹, nonché dotato di un proprio programma di lavoro convenuto tra professionisti e distretto. Inoltre, benché considerasse anche le équipes forme organizzative sperimentali, l'accordo introdusse l'obbligo di adesione alle medesime (art. 45, commi 3 e 4, lett. *a*), secondo un'impostazione innovativa rispetto alla tradizionale linea della facoltatività tenuta con riferimento all'associazionismo e, fino ad allora, anche rispetto all'integrazione organizzativa nei servizi territoriali. Nessun obbligo di adesione fu previsto per l'UTAP e le altre forme organizzative definite «strutturali», ovvero quelle che necessitano «di strutture, attrezzature, risorse umane e strumentali idonee» e che non prevedono (diversamente che quelle «funzionali» come le équipes) la possibilità in capo a «tutti i medici di parteciparvi» (art. 45, comma 3). Anzi, la previsione dell'obbligo nell'uno e non nell'altro caso fu ricollegato espressamente a questa diversa caratterizzazione dei due tipi di forme organizzative. Se, da un lato, non era irragionevole che ai professionisti fosse lasciata libertà di scelta in base alle sembianze concrete che il modello dell'Utap avrebbe potuto assumere nelle diverse situazioni regionali, dall'altro, la facoltatività della partecipazione a tali forme organizzative rappresentava obiettivamente un ostacolo all'implementazione delle stesse.

Quel che è certo è che la diffusione dell'équipe territoriale ebbe un buon seguito nei Ssr, assumendo essa la funzione auspicata di unità organizzativa di base della medicina generale e della pediatria di libera scelta a livello sub-distrettuale; risultato cui non è stata

²⁹ Per la cui definizione v. l'art. 3-*septies*, d.lgs. 502/1992.

indifferente anche una funzione di rappresentanza, a tutt'oggi, svolta dall'équipe presso il distretto e l'azienda sanitaria locale, esprimendo la stessa un proprio coordinatore individuato dai partecipanti. Esiti più limitati ha avuto invece il modello quanto a capacità di integrare nella medesima forma organizzativa le diverse professioni dell'assistenza primaria. Dopo questi passi avanti della programmazione nazionale e della contrattazione collettiva, da considerare unitamente alle sperimentazioni di autonomi modelli implementate o avviate da non poche Regioni all'interno dei propri Ssr, non mancarono segnali favorevoli circa la possibilità che la riorganizzazione dell'assistenza primaria incontrasse un'evoluzione territorialmente più estesa e relativamente più rapida che nel passato.

Nel giro di un triennio, nella quasi totalità delle Regioni vennero stipulati gli accordi integrativi dell'Acn del 2005³⁰ e a livello nazionale parve consolidarsi la volontà di Ministero e Regioni di avanzare in modo coordinato nell'implementazione di un nuovo sistema di sanità territoriale, facendo conto anche su di una elaborazione culturale più matura e diffusa e su di una visione di politica sanitaria più condivisa che in passato tra istituzioni e professioni, come emerse nella Conferenza nazionale sulle cure primarie tenutasi nel febbraio 2008³¹.

Negli atti ufficiali di questo periodo, la consapevolezza che il distretto come disegnato nella riforma del 1999 fosse divenuto realtà in poche esperienze regionali – per giunta, quelle che avevano tendenzialmente fatto da modello per la legislazione nazionale – era forte e, in tal senso, non veniva nascosta la necessità di accelerare i processi in corso e di recuperare il filo rosso di quella riforma. In tal senso, si riconosceva con chiarezza che al distretto mancasse ancora una massa critica sufficiente a bilanciare la rilevanza dell'ospedale nei processi assistenziali e in quelli di governo dei Ssr, anche in ragione dell'assenza di luoghi e strutture idonei a soddisfare la domanda di salute che, disorientata nel quadro frammentario della sanità territoriale, finiva per essere attratta nell'orbita dell'assistenza ospedaliera anche quando questa risposta fosse inappropriata³².

Per un verso, tali fattori condussero all'aggiornamento di obiettivi storici della Riforma e alla loro declinazione in un contesto profondamente mutato. La rinnovata strategia di inclusione in unico disegno organizzativo della sanità territoriale e dei servizi sociali, nella chiave dell'integrazione socio-sanitaria, va senz'altro in questa direzione. Per altro verso, la complessità di un simile disegno e la tendenza a evidenziarne la necessità di unitaria im-

³⁰ In oltre metà Regioni, per quanto concerne la medicina generale, tali accordi restano a tutt'oggi in vigore: v. *infra* nt. 41.

³¹ La Conferenza si tenne a Bologna il 25 e 26 febbraio 2008 (i numerosi materiali e interventi sono consultabili al seguente link: <http://salute.regione.emilia-romagna.it/documentazione/convegni-e-seminari/conferenza-nazionale-cure-primarie>). L'iniziativa, nelle forme istituzionali del 2008, non fu replicata. Più recentemente, l'Istituto superiore di studi sanitari "Giuseppe Cannarella" ha promosso (nel 2016 e nel 2017) una conferenza nazionale sull'assistenza primaria, la cui terza edizione si terrà nel novembre 2019.

³² Cfr. in questo senso le linee programmatiche del Governo per la promozione ed equità della salute dei cittadini intitolate "Un New Deal della Salute", illustrate dal Ministro della salute nell'audizione del 27 giugno 2006 presso la Commissione affari sociali della Camera dei deputati.

plementazione contribuirono a “sovraccaricare” la riorganizzazione dell’assistenza primaria, asse portante della sanità territoriale, di aspettative e soprattutto di funzioni ulteriori. Un esempio per molti aspetti paradigmatico delle virtù e dei difetti segnalati, nonché di questo “effetto paradossale”, riguarda il ruolo che in questo periodo assume nella programmazione sanitaria e nel dibattito di settore la figura della casa della salute³³.

Comparsa nella legislazione nazionale con l’asciutta disposizione della finanziaria per il 2007 finalizzata al cofinanziamento dei progetti regionali volti alla sperimentazione di questo modello assistenziale³⁴, la casa della salute viene definita in un successivo decreto ministeriale³⁵ come una «struttura polivalente in grado di erogare in uno stesso spazio fisico l’insieme delle prestazioni socio-sanitarie, favorendo, attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, l’unitarietà e l’integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie», nonché in grado di rappresentare il centro «di riferimento per l’erogazione dell’insieme delle cure primarie». In capo a questa figura le dettagliate linee guida ministeriali assommavano obiettivi strategici e contenuti di ampio spettro: prevenzione, multiprofessionalità, punto unico di accesso a servizi sanitari territoriali e socio-assistenziali, risposta immediata alle esigenze del paziente (significativa in tal senso la previsione della collocazione all’interno della struttura del punto di soccorso mobile 118, di tecnologie adeguate per la diagnostica di base, del centro unico di prenotazioni), telemedicina e teleconsulto, collegamento diretto con altre strutture territoriali (RSA, Ospedali di comunità, centri diurni), «l’ospedalizzazione a domicilio e l’umanizzazione delle cure», «la partecipazione democratica» attraverso il contributo di «cittadini e associazioni di tutela dei pazienti» alla programmazione dei servizi e delle attività» e alla valutazione dei «risultati ottenuti in termini di salute e di benessere percepito»³⁶.

Si tratta in tutta evidenza di un condensato di problemi e strumenti la cui soluzione e implementazione interpella il concorso di fattori molteplici ed eterogenei, nonché l’attivazione di processi che vanno ben oltre la realizzazione delle case della salute, ferma l’opportunità indiscutibile di considerare tale struttura come un centro aggregatore di simili strumenti e, dunque, come un veicolo per la soluzione di alcuni di quei problemi. Si aggiunga che aver posto con meritoria chiarezza il problema dei “luoghi” dell’assistenza territoriale e aver indicato l’aggregazione presso i medesimi come soluzione ottimale per la strutturazione di una sanità territoriale all’altezza dei bisogni di salute delle comunità e in grado di supportare la stessa riorganizzazione della rete ospedaliera (anche mediante

³³ Per una panoramica recente e a più voci S. LANDRA, F. PRANDI, M. RAVAZZINI (a cura di), *La salute cerca casa*, Roma, Derive e Approdi, 2019 e, all’interno del volume, spec. il contributo di R. BALDUZZI, *La risposta della normativa e nel dibattito politico in Italia*. In questa *Rivista* v. l’intervento di F. RIBOLDI, *Verso un Welfare di comunità sostenibile: la sfida possibile delle Case della Salute/Case della Comunità*, pubblicato sul n. 3/2018.

³⁴ Art. 1, comma 806, lett. a), l. 296/2006.

³⁵ Decreto del ministro della salute 10 luglio 2007.

³⁶ Le citazioni testuali sono tratte dalle linee guida contenute nell’allegato al decreto ministeriale menzionato nella nota precedente.

la riconversione dei piccoli nosocomi) avrebbe implicato l'avvio di un piano di edilizia sanitaria di vasto respiro; il quale, invece, mancò³⁷.

Senza poter ampliare lo sguardo ad altri elementi di contesto che avrebbero di lì a poco modificato notevolmente il panorama del regionalismo sanitario (*in primis* l'avvio in quegli anni dei piani di rientro e, di poco successiva, l'apertura di un ciclo di finanza pubblica restrittivo) e tornando ai profili qui più rilevanti, va detto che il disegno programmatico poc'anzi delineato ribadiva la centralità del ruolo della medicina generale e considerava l'integrazione delle relative forme associative nell'organizzazione distrettuale come leva della trasformazione auspicata. Tuttavia, esso tendeva a perdere di vista alcuni limiti rinvenibili nelle regole da poco introdotte dall'Acn 2005 e nella medesima programmazione nazionale.

Il primo limite risiedeva nella mera volontarietà della partecipazione dei medici e dei pediatri di base (come degli altri professionisti convenzionati) alle forme organizzative «strutturali» dell'assistenza primaria. Infatti, benché da quel disegno riformatore emergesse la centralità dei “nuovi luoghi” dell'assistenza territoriale e per la realizzazione di questi fosse essenziale lo sviluppo delle forme organizzative strutturali dell'assistenza primaria, tale processo veniva lasciato al mero meccanismo dell'incentivazione, aggiungendo peraltro problema a problema, richiedendo tale meccanismo ulteriori risorse, oltre a quelle ancor più cospicue necessarie per gli spazi fisici in questione.

In secondo luogo, non era stato messo a tema il problema del coordinamento (anzitutto normativo) tra forme associative della medicina generale (e degli altri professionisti convenzionati) e forme organizzative dell'assistenza primaria. Anzi, l'accordo del 2005 non era privo di contraddizioni e ambiguità a questo riguardo, ad esempio quando, dopo aver definito le équipes (al pari delle Utap) come forme organizzative (art. 26) distinte dalle forme associative (v. spec. art. 67, cc. 1, 4, e 18), le considera più di una volta (benché incidentalmente) forme associative complesse (artt. 47, c. 2; 48, c. 6; 70, c. 4), pur non annoverandole nell'elenco di cui all'art. 54, dedicato alla disciplina base delle forme associative dell'assistenza primaria.

Non da ultimo, restava sostanzialmente intatto il problema della continuità assistenziale, la cui concreta realizzazione proseguiva ad essere affidata a una pluralità di figure professionali e a una sequenza organizzativa tanto frammentata da rendere la continuità meramente nominalistica. È vero che l'implementazione di modelli fortemente integrati e incentrati su di una sede unica, come l'UTAP, offriva una soluzione potenzialmente definitiva al problema, in base alla semplice intuizione che la concentrazione fisica e il coordinamento orga-

³⁷ Il punto, dunque, è che la casa della salute rappresenta il risultato finale di un processo complesso, che non a caso è stato realizzato con successo in Regioni che più di altre avevano da tempo organizzato efficacemente i servizi distrettuali. In tal senso, l'esperienza di punta è probabilmente quella dell'Emilia Romagna, dove nel 2018 si contavano ben 105 case della salute attive (v. il report su *Le case della salute in Emilia-Romagna 2018*, p. 3, consultabile al link: <https://salute.regione.emilia-romagna.it/cure-primarie/casedellasalute/documentazione-case-della-salute/rapporti-1>).

nizzativo in una medesima struttura di tutte le figure responsabili dell'assistenza e la loro organizzazione su di un'attività "h 24" avrebbe raggiunto sostanzialmente l'obiettivo. Eppure, è altrettanto vero che non veniva progettato il percorso funzionale a raggiungere tale obiettivo. Una simile progettazione avrebbe richiesto di immaginare un cammino graduale, ad esempio mediante l'estensione oraria dell'attività di ambulatorio aperto al pubblico dovuta dai professionisti e sostenibile mediante una più effettiva integrazione del loro lavoro nelle forme associative; ma ancor prima essa avrebbe dovuto chiarire il ruolo, nel nuovo assetto di competenze, dei medici di continuità assistenziale, la cui figura e le cui funzioni erano state pensate proprio in relazione ai fabbisogni di un modello di continuità che si intendeva superare. E, mentre il disegno di quel cammino graduale poteva intendersi almeno tendenzialmente demandato alla contrattazione di livello regionale, il chiarimento sul ruolo del medico di continuità spettava senz'altro a quella di livello nazionale.

4. Dall'accordo collettivo nazionale del 2009 alla riforma del 2012

Dei problemi segnalati, il rinnovo dell'Accordo collettivo nazionale della medicina generale firmato il 27 maggio 2009, che modificò e integrò estesamente l'accordo del 2005, affrontò essenzialmente il primo, prevedendo che la partecipazione dei medici alle forme organizzative dell'assistenza primaria fosse obbligatoria³⁸. L'obbligo si rivolgeva però a due forme organizzative che il medesimo accordo introduceva *ex novo*: l'aggregazione funzionale territoriale (Aft) e l'unità complessa di cure primarie (Uccp)³⁹.

Tra le due forme organizzative corre una differenza fondamentale, la quale va presa in considerazione anche nel confronto con quelle che, introdotte nel 2005 (l'équipe territoriale e l'Utap), sono conservate nel testo dell'accordo. L'Aft viene configurata come un'aggregazione monoprofessionale⁴⁰, quale strumento per realizzare «alcune fondamentali condizioni per l'integrazione professionale delle attività dei singoli medici di medicina generale per il conseguimento degli obiettivi di assistenza», mentre l'Uccp come un'organizzazione multiprofessionale costituita dai medici convenzionati, che «si avvale eventualmente di altri operatori amministrativi, sanitari e sociali» e svolge «funzioni di base», tra le quali «realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, per garantire una effettiva presa in carico dell'utente a partire in particolare dai pazienti cro-

³⁸ Per le sostanzialmente identiche previsioni concernenti la pediatria di libera scelta, da un lato, e gli specialisti ambulatoriali e gli altri professionisti convenzionati, dall'altro, vedi i rispettivi accordi collettivi nazionali firmati nella medesima data.

³⁹ V. gli artt. 26-*bis* e 26-*ter* dell'Acn (testo consolidato). Vale anche sotto questo profilo la precisazione di cui alla nota precedente: per l'Acn della pediatria v. gli artt. 26-*bis* e -*ter*, per quello della specialistica v. gli artt. 30-*bis* e 31-*bis*.

⁴⁰ Tale qualificazione sarà espressamente prevista dal legislatore con l'art. 1 del d.lgs. 158/2012, così come quella di "multiprofessionale" per l'Uccp.

nici». Inoltre, le due nuove forme organizzative rispondono alla tipologia, già fatta propria dalla precedente versione dell'accordo, che distingueva tra forme organizzative funzionali e strutturali.

Mentre quest'ultima distinzione però consente un parallelo tra Aft ed équipe territoriale, da un lato, e Utap e Uccp, dall'altro, la monoprofessionalità delle Aft si contrappone alla multiprofessionalità delle équipes, nonché delle Utap e delle Uccp. Inoltre, mentre tanto le équipes quanto le Utap venivano individuate come strumenti della continuità assistenziale, le nuove disposizioni contrattuali concentrano questo compito essenzialmente in capo alle Uccp, cui è espressamente attribuita tale funzione.

L'introduzione delle due nuove forme organizzative pareva così rispondere a un tentativo di razionalizzazione e di semplificazione dei modelli in questione, da conseguirsi intorno a due figure incentrate, la prima, sul carattere monoprofessionale e funzionale, la seconda, sul carattere multiprofessionale e strutturale. Un tentativo, questo, obiettivamente supportato dalla previsione dell'obbligo di adesione ad entrambe le forme organizzative, dall'abbandono (almeno lessicale) della logica della sperimentazione e, tutto sommato, anche dal maggior grado di dettaglio e di forza vincolante che l'accordo nazionale ostentava nei confronti della contrattazione di livello regionale. Per altro verso, tuttavia, siffatto tentativo risultava incompleto, non autosufficiente alla razionalizzazione e semplificazione che avrebbe inteso imprimere, poiché non affrontava la questione del rapporto tra forme organizzative e forme associative, aggiungendo anzi il problema del rapporto tra le "vecchie" e le "nuove" forme organizzative. È vero che rispetto a quest'ultimo profilo, risulta piuttosto chiaro che l'accordo perseguisse implicitamente una logica di sostituzione delle seconde alle prime, ma questo processo (eventuale) veniva ancora una volta demandato alle cure degli accordi integrativi regionali, i quali costituivano del resto strumenti attuativi essenziali per la complessiva implementazione di questo nuovo assetto organizzativo, anche perché necessariamente presupposti agli ulteriori atti rimessi alle Regioni e alle aziende sanitarie.

All'accordo del 2009 fece seguito una debole risposta da parte della contrattazione regionale, tanto che ancora oggi – quando, invero, è già emersa l'esigenza, a causa della riforma legislativa del 2012, di un aggiornamento dell'accordo nazionale – esso risulta largamente inattuato⁴¹.

⁴¹ Dopo l'Acn 2009, infatti, soltanto dieci Regioni hanno adottato modifiche degli accordi integrativi dell'Acn 2005 concernenti la medicina generale (i numeri salgono con riferimento alla pediatria di libera scelta e alla specialistica; fonte dati ufficiali: Sisac – Struttura interregionale sanitari convenzionati). Dei nuovi accordi integrativi ve ne sono due (Basilicata e Lombardia) che non contemplano espressamente le nuove forme organizzative dell'Aft e dell'Uccp ed altri due (Friuli Venezia Giulia e Puglia) che accennano meramente alle aggregazioni territoriali funzionali. Tre accordi integrativi (Emilia Romagna, Sicilia, Valle d'Aosta) si occupano invece dell'attuazione delle nuove forme organizzative, benché secondo soluzioni diverse (ad es. l'Emilia Romagna tende ad una conservazione del proprio assetto organizzativo, considerando i nuclei di cure primarie come sostanzialmente corrispondenti alle Aft, mentre gli accordi valdostano e siciliano contengono una disciplina più estesa delle nuove forme organizzative). Soltanto tre accordi, diversamente da quelli precedentemente menzionati, risultano stipulati successivamente all'entrata in vigore della riforma del 2012 (Cam-

È in questo quadro che, a tre anni dall'Acn in discorso, intervenne il legislatore. Come noto, la disposizione che più specificamente riguardò l'assistenza primaria è l'art. 1 del decreto-legge n. 158/2012 (conv. l. 189/2012), il quale, unitamente al n. 95/2012 (conv. l. 135/2012; in particolare v. art. 15) e ad alcuni altri provvedimenti legislativi e regolamentari di quell'anno, è considerato il veicolo di una complessiva "riforma" del sistema sanitario, lungo una linea evolutiva che lo rende in tal senso accostabile ai precedenti interventi del 1992-93 e del 1998-99⁴². Come si vedrà, è l'inserimento delle nuove norme sull'assistenza primaria in un quadro più ampio, in effetti, che consente di valutare complessivamente tale intervento legislativo.

L'articolo 1 in parola si muove tra consolidamento e innovazione sia con riferimento alla disciplina demandata agli accordi collettivi nazionali della medicina convenzionata sia con riferimento ai principi fondamentali della materia vincolanti la potestà legislativa regionale. Proprio nella ricerca di un reciproco supporto tra disciplina attuativa regionale e contrattazione collettiva e di una mutua sollecitazione tra le due fonti, ben visibile fin dalla tecnica legislativa utilizzata, è riconoscibile il cambio di passo che il legislatore intendeva imprimere all'organizzazione dell'assistenza primaria e, più in generale, della sanità territoriale. Resta il fatto, implicato sia dall'assetto costituzionale della materia sia dalla cristallizzazione nella legislazione del c.d. modello convenzionale, che il disegno riformatore tracciato dall'art. 1 fosse consegnato a quel doppio livello di attuazione, che, nel caso della contrattazione collettiva, avrebbe dovuto affrontare a sua volta un ulteriore svolgimento dal piano nazionale a quello regionale.

Che il legislatore statale, il quale era tenuto altresì a ponderare il proprio intervento in considerazione dei caratteri propri dell'atto d'urgenza veicolante la disciplina in questione⁴³, fosse consapevole della necessaria cooperazione da parte di Regioni e professioni sembra però evidenziato dalla scelta di anzitutto assecondare il percorso già intrapreso dall'Acn del 2009, confermandone i contenuti maggiormente qualificanti. Va in tal senso, l'attrazione alla fonte legislativa delle nuove forme organizzative dell'Aft e dell'Uccp. Da un lato, la loro previsione da parte degli accordi collettivi nazionali con la medicina convenzionata è inserita tra i principi di cui alle nuove lettere *b-bis*) e seguenti introdotte

pania, Toscana, Veneto) e mostrano tre livelli di attuazione significativamente diversi: quello toscano reca una disciplina di piena attuazione dei modelli organizzativi dell'Acn 2009 ora "legificati" dal d.l. 158/2012; quello campano tende ad adattare tali modelli al proprio assetto, ma non si sottrae a cambiamenti del medesimo; quello veneto mostra di voler attuare pienamente il modello delle Aft, mentre con riferimento alle Uccp tende a mantenersi entro il proprio assetto che aveva valorizzato e ancora valorizzerà le medicine di gruppo, le quali vengono impropriamente considerate equivalenti funzionali delle unità complesse di cure primarie.

⁴² In tal senso, v. spec. D. MORANA, *I decreti del 2012 tra le riforme della Riforma*, in *Corti Supreme e Salute*, 2018, n. 3, pp. 595 ss.

⁴³ A questo proposito, va ritenuto coerente il tentativo di assegnare una tempistica predeterminata al procedimento di revisione degli accordi collettivi nazionali e alla successiva stipula degli integrativi regionali (v. art. 1, c. 6). Circa la scelta di prevedere poi una disciplina regolamentare cedevole in caso di ritardo (v. art. 1, c. 7), la quale rispondeva ugualmente a una logica di urgenza (e mostrava consapevolezza circa la possibilità di fallimento di un percorso sostanzialmente già in ritardo da anni), si tornerà nel par. 5.

nel testo dell'art. 8 d.lgs. 502/1992, con ciò rafforzando la scelta condivisa dalle categorie professionali tre anni prima, la quale viene altresì corroborata dall'introduzione del principio di obbligatoria adesione a tali forme organizzative. Dall'altro lato, le Aft e le Uccp divengono i modelli organizzativi di riferimento per la legislazione regionale chiamata a riorganizzare l'assistenza territoriale.

La "legificazione" di queste forme organizzative reca con sé non secondarie innovazioni e precisazioni.

Delle Aft e delle Uccp, infatti, il legislatore delinea essenziali tratti funzionali e strutturali e, con riferimento alle seconde, va sottolineata l'apertura a modalità diversificate di organizzazione, tutte valide purché in grado di assicurare effettivamente la continuità assistenziale. Così, oltre a precisare che tale diversificazione dipende dalle variabili strettamente territoriali (aree metropolitane, a popolazione sparsa, isole minori), le nuove norme indirizzano le Regioni a disciplinare le Uccp «privilegiando la costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata, nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione, che operano in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere»; il che sembra offrire una prospettiva realistica di attuazione anche a quelle realtà territoriali in cui, per molteplici ragioni – ivi comprese quelle dei vincoli finanziari, generali o specificamente connessi alla sottoposizione a piano di riqualificazione e rientro –, non si era avviata e risultava di difficile implementazione la concentrazione delle Uccp in medesimi luoghi fisici appositamente riconvertiti o realizzati, secondo il modello delle case della salute.

Inoltre, muta di segno anche il carattere monoprofessionale delle Aft. Una delle maggiori – e ancora oggi più gravemente inattuata – innovazioni della riforma del 2012 è l'istituzione del ruolo unico della medicina generale, la quale implica la distinzione non più per ruoli ma per figure professionale tra medici di medicina territoriale e medici di continuità assistenziale, nonché (in prospettiva) la flessibilizzazione delle regole di remunerazione a quota oraria degli uni e degli altri (elemento chiave per favorire, in un contesto di carenza di personale⁴⁴, la programmazione di una turnazione effettivamente adatta ad assicurare la continuità della copertura assistenziale sulle 24 ore e sui 7 giorni della settimana).

Da non trascurare anche la precisazione che l'obbligo di adesione in capo ai singoli professionisti convenzionati vale nei confronti dell'assetto organizzativo definito dalle Regioni ma altresì del sistema informativo sul quale il legislatore mostra investire una buona parte

⁴⁴ Con riferimento a questo, relevantissimo, problema va segnalata anche la previsione di cui al comma 5 dell'art. 1 in commento. Tale disposizione legislativa ha per prima segnalato una delle questioni più gravi che pesano oggi sul Ssn, come quella dell'insufficienza del sistema di formazione e di reclutamento dei medici rispetto alla pressante esigenza di *turn over* imposto dal crescente numero di professionisti giunti all'età del collocamento a riposo. Dal 2012 ad oggi la situazione si è aggravata con riferimento tanto agli specialisti quanto ai medici di medicina generale, tanto da condurre alle (controverse) previsioni eccezionali e derogatorie del c.d. Decreto Calabria (d.l. n. 35/2019, conv. l. 60/2019) in tema di ingresso anticipato in servizio dei medici in formazione. La questione, peraltro, è tra quelle che attualmente più incide sull'andamento della contrattazione collettiva con la medicina generale: cfr. il testo della pre-intesa del 6 settembre 2019 cui si accenna anche oltre nel testo.

di aspettative circa la concreta realizzabilità dell'integrazione dei processi di lavoro e di assistenza.

Se queste previsioni, nel loro complesso, conducono a ritenere che l'esigenza di rendere effettivo il principio di continuità assistenziale sia stata posta al centro dell'intervento legislativo e ad essa si sia ricercata una risposta mediante la configurazione di strumenti pertinenti (realizzabilità delle Uccp mediante reti poliambulatoriali, ruolo unico, sistema informativo, ecc.), nulla è disposto con riferimento alla razionalizzazione del rapporto tra forme organizzative e forme associative, anche se più chiara appare la prospettiva di una necessaria conformazione delle seconde alle prime.

Il legislatore del 2012, come si accennava, non si limita alla riforma dell'assistenza primaria, ma incide complessivamente sul rapporto tra la riorganizzazione dei servizi territoriali e quella dei servizi ospedalieri. Come si è documentato più sopra, la redistribuzione delle risorse e delle risposte ai bisogni di salute dall'ospedale a favore dei servizi territoriali rappresenta un indirizzo di politica sanitaria originario della Riforma ed è stato rimesso al centro della programmazione sanitaria fin dal Psn 1998-2000. Così come va ricordato che con l'aziendalizzazione del Ssn e la linea di tendenza costante nei Ssr all'estensione delle dimensioni delle aziende sanitarie, in molte Regioni si è assistito a periodiche ristrutturazioni della rete ospedaliera, che ha portato alla chiusura o alla riconversione delle strutture più periferiche o di minore dimensione; il che, nelle Regioni che meglio hanno governato questa trasformazione, ha altresì significato la valorizzazione delle vecchie strutture nella nuova rete della sanità territoriale. Tuttavia, il contributo che il legislatore del 2012 dà a questo processo fa leva su di uno strumento quantitativamente e qualitativamente diverso dal passato. Infatti, con l'art. 15 del d.l. 95/2012 (conv. l. 135/2012) viene dato avvio all'adozione dei c.d. standard ospedalieri, i quali sono stati poi definiti con il decreto ministeriale n. 70/2015. Pur in mezzo a qualche traversia normativa⁴⁵, la fissazione degli standard ha determinato e sta determinando a tutt'oggi una sostanziale revisione delle dotazioni di posti letto negli ospedali e una connessa riorganizzazione a rete dei relativi servizi, consentendo alle Regioni che già avevano effettuato o avviato proprie azioni di riordino di implementarle secondo parametri e criteri convenuti a livello nazionale⁴⁶, nonché imponendo alle Regioni che meno erano riuscite ad intaccare il proprio sistema ospedaliero di intraprendere la razionalizzazione dello stesso in base a standard condivisi. Nel complesso, la riorganizzazione provocata dall'introduzione degli standard ospedalieri

⁴⁵ Circa tali vicende normative, spunti ricostruttivi in D. SERVETTI, *Livelli essenziali, standard ospedalieri e riduzione dei posti letto: note a margine della sentenza della Corte n. 231 del 2017, rileggendo la n. 125 del 2015*, in questa *Rivista*, 2018, n. 1. Per approfondimenti e commenti, da parte di responsabili istituzionali e operatori della sanità relativi al regolamento sugli standard ospedalieri e all'operazione di sistema con esso veicolata cfr. il numero monografico della rivista *Monitor* dedicato al tema (n. 38, anno 2015).

⁴⁶ Non è fuori luogo ricordare (anche alla luce del contenzioso costituzionale presupposto: v. C. cost., sent. n. 134/2006) che il regolamento viene adottato previa intesa stipulata in Conferenza Stato-Regioni.

ha portato e sta portando ad un ridimensionamento dell'offerta ospedaliera⁴⁷ e, dunque, sta determinando un contesto favorevole all'effettiva possibilità delle Regioni di spostare risorse dall'ospedale al territorio⁴⁸, secondo una dinamica che dovrebbe risultare tanto accelerata quanto maggiore sia la necessità di fornire mediante l'assistenza distrettuale risposte in precedenza fornite, con minori livelli di appropriatezza, presso i servizi ospedalieri.

5. La mancata attuazione della riforma da parte della contrattazione collettiva: l'omessa revisione degli accordi della medicina generale e della pediatria di libera scelta quale principale fattore di blocco

L'attuazione della riforma del 2012 non si è svolta nei tempi e nei modi previsti dal legislatore⁴⁹.

L'articolo 1 del d.l. 158/2012 conv., al comma 6, prevedeva un termine di centottanta giorni per l'adeguamento (a risorse invariate⁵⁰) degli accordi collettivi nazionali, a seguito del quale venivano assegnati novanta giorni per la stipula degli accordi integrativi regionali. In mancanza di questi adempimenti, il comma 7 stabiliva l'emanazione, su parere della Conferenza Stato-Regioni e delle organizzazioni rappresentative dei medici convenzionati, di un decreto del ministro della salute (di concerto con quello dell'economia e finanze) recante disposizioni per l'attuazione in via provvisoria dei principi che gli stessi accordi avrebbero dovuto recepire.

⁴⁷ Se questa è la linea tendenziale, va tenuto conto che gli standard configurano uno strumento complesso, formato da plurimi parametri la cui applicazione non determina necessariamente una diminuzione dei posti letto *tout court*: in particolare si è verificato in più di una Regione che l'applicazione degli standard abbia evidenziato un eccesso di posti letto per acuti, ma una carenza di posti letto per riabilitazione e trattamenti *post acuzie*. Circa l'importanza di non perdere di vista questo meccanismo al fine di non incorrere in interpretazioni distorte dei vincoli derivanti dal regolamento del 2015 all'autonomia regionale, v. D. SERVETTI, *Livelli essenziali*, cit., spec. pp. 71-76.

⁴⁸ Al proposito è rilevante altresì la disposizione di cui al comma 8 dell'art. 1, d.l. 158/2012 conv., concernente la mobilità del personale.

⁴⁹ In generale, sull'attuazione della riforma, v. C. BOTTARI, P. DE ANGELIS (a cura di), *La nuova sanità territoriale*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, 2016, con prefazione di Renato Balduzzi.

⁵⁰ Ai sensi del menzionato comma 6, infatti, il rinnovo degli accordi nazionali avrebbe dovuto avvenire, infatti, nel limite dei livelli remunerativi fissati da quelli vigenti e la stipula degli accordi integrativi regionali non avrebbe dovuto comportare ulteriori oneri per le finanze pubbliche.

Gli accordi della medicina generale e della pediatria di libera scelta⁵¹ non sono stati rinnovati entro i termini previsti⁵² né si è proceduto con la normativa provvisoria demandata al decreto ministeriale. Inoltre, l'inattuazione da parte della contrattazione collettiva permanente a tutt'oggi, poiché il rinnovo degli accordi nazionali intervenuto nel 2018, il quale ha puntualmente modificato soltanto alcune disposizioni del "consolidato" 2005-2009, non ha lambito le norme concernenti le forme organizzative dell'assistenza primaria né ha dato seguito all'istituzione del ruolo unico.

Quest'ultimo può considerarsi probabilmente il nodo principale della questione, perché connesso ai profili sia organizzativi sia finanziari del cambiamento richiesto alla medicina generale.

L'attuazione del ruolo unico, infatti, comportando il superamento della distinzione tra medico di medicina generale e medico di continuità assistenziale e tra le aree di attività di rispettiva pertinenza ai sensi della contrattazione collettiva (assistenza primaria e continuità assistenziale), implica a catena una serie di conseguenze, come la revisione degli orari di lavoro e la rimodulazione del sistema di remunerazione dei medici convenzionati, in vista del risultato finale perseguito: quella *continuità*, che può essere effettivamente garantita soltanto da un'organizzazione della medicina generale che colmi i vuoti di assistenza, eviti le cesure informative, semplifichi i canali di primo accesso alle cure e renda quanto più possibile omogenea sul territorio e nell'arco della giornata e della settimana la risposta offerta al paziente. Con tutto ciò che ne deriva in termini di minori accessi inappropriati ai pronto soccorso e, in genere, ai servizi ospedalieri.

È evidente che l'applicabilità di un sistema di remunerazione basato su di una combinazione variabile di quota capitaria e tariffe orarie per tutte le figure comprese nel nuovo ruolo unico (c.d. delle cure primarie), da un lato, e l'introduzione di turnazioni e orari più estesi che rendano effettiva la copertura dei fabbisogni di assistenza rappresentano due fattori il cui carattere "rivoluzionario" varia molto da territorio a territorio, a seconda del grado di implementazione dell'associazionismo, dell'efficienza delle équipes e della diffusione delle forme organizzative strutturali (dall'Utapi alle case della salute) raggiunto nelle singole Regioni e nelle singole aziende, ma nel complesso richiedono comunque un

⁵¹ Un diverso discorso riguarda la specialistica ambulatoriale, il cui accordo collettivo nazionale ha recepito le novità della riforma del 2012 già in occasione del rinnovo intervenuto nel 2015. A riprova che la stasi che invece interessa la medicina generale e la pediatria di libera scelta costituisca un fattore di blocco determinante, può notarsi la circostanza che il rinnovo dell'accordo nazionale della specialistica abbia consentito in diverse Regioni la stipula degli accordi integrativi e che questi abbiano conseguentemente permesso anche una più chiara programmazione regionale delle Aft riguardanti queste figure di personale. Resta il fatto che, pur svolgendo gli specialisti ambulatoriali un ruolo essenziale nell'organizzazione delle cure primarie, l'ossatura del sistema è pur sempre rappresentata dalla medicina generale e dalla pediatria di libera scelta, senza la cui riorganizzazione – come si argomenterà oltre nel testo – la riforma dell'assistenza primaria resta in mezzo al guado.

⁵² Va considerato che gli accordi nazionali della medicina generale e della pediatria di libera scelta stipulati il 21 giugno 2018, pur avendo modificato numerose disposizioni dell'Acn 2009, non hanno interessato le norme concernenti le nuove forme organizzative né hanno sostanzialmente recepito i principi della riforma del 2012.

cambiamento culturale notevole presso la medicina convenzionata, nonché l'acquisizione di una capacità di governo superiore da parte della direzione di distretto nei confronti dei servizi territoriali.

Il fatto che la revisione dell'Acn della medicina generale del 2018 e finanche la recentissima pre-intesa del 6 settembre 2019 non affrontino il nodo del ruolo unico rende oggi, a sette anni di distanza, assai problematica ogni previsione sull'attuazione della riforma del 2012.

La mancata partenza del ruolo unico (intesa come comprensiva degli ulteriori cambiamenti sopra menzionati) si ripercuote negativamente anche sull'implementazione delle nuove forme organizzative "legificate" dal d.l. 158/2012. Da un certo punto di vista, poiché il legislatore faceva proprie due figure già presenti da oltre tre anni nell'Acn, si può ritenere che su questo versante la responsabilità del lento e incerto percorso di realizzazione delle Aft e delle Uccp sia soprattutto imputabile alle Regioni. E, come si vedrà oltre, è in buona parte così, benché con l'avvertenza che qualsiasi valutazione deve tener conto del sistema regionale nel quale vengono calate queste due forme organizzative, visto il notevole divario che esiste tra Regioni che hanno adottato (e fanno funzionare) un autonomo modello e Regioni che non lo hanno adottato (o in cui non funziona). Da un altro punto di vista, tuttavia, la latitanza della contrattazione collettiva complica non poco la concreta implementazione delle Uccp e, specialmente, delle Aft. Infatti, benché l'art. 1 d.l. 158/2012 paia concentrare soprattutto in capo alle unità complesse la funzione di garantire la continuità assistenziale, per come il rapporto tra le due forme organizzative è stato sviluppato nel Patto per la salute 2014-2016 ed è rinvenibile anche nella documentazione preparatoria del futuro Acn⁵³, le Aft dovrebbero svolgere una funzione chiave nel prestare tale garanzia. Esse dovrebbero rappresentare l'unità organizzativa di base della medicina generale, in grado di assicurare una continuativa assistenza primaria nei confronti di un bacino di popolazione predefinito. In altri termini, le Aft dovrebbero essere, in quest'ottica, autosufficienti a offrire tale copertura, dovendo poi ricollegarsi ciascuna di esse ad una Uccp di riferimento, la quale, a seconda delle concrete sembianze organizzative della Uccp (rete di ambulatori, sede principale con sedi collegate, sede unica sul modello "casa della salute", ecc.), può rappresentare il luogo in cui il paziente trova risposta a bisogni via via più complessi. Va da sé che una simile configurazione delle Aft, oltre a presupporre l'adesione alle medesime di medici già afferenti al ruolo unico, può essere implementata soltanto nel momento in cui si siano adottate nuove regole su remunerazione e orari⁵⁴. Inoltre, il

⁵³ Per quanto riguarda il Patto per la salute 2014-2016 (adottato con l'intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014), la disposizione rilevante è l'art. 5. Per quanto riguarda la documentazione preparatoria del nuovo e non ancora approvato Acn, può farsi riferimento specialmente al documento (sottoscritto il 13 aprile 2016) integrativo dell'atto di indirizzo per la medicina convenzionata deliberato il 12 febbraio 2014 dal Comitato di settore per il Comparto Regioni-Sanità.

⁵⁴ Su questi aspetti risulta particolarmente utile e chiara l'analisi dello *status quaestionis* offerta dalla Federazione italiana dei medici di medicina generale nel documento depositato presso la Commissione Igiene e Sanità del Senato a seguito dell'audizione dei rappresentanti dell'associazione professionale svoltati il 2 agosto 2016, nell'ambito dell'Indagine

ritardo della contrattazione collettiva è d'ostacolo all'attuazione regionale anche per gli aspetti che riguardano il rapporto tra le nuove forme organizzative e l'associazionismo. Il Patto per la salute 2014-2016, chiarendo un profilo che il legislatore del 2012 lasciava in ombra, ha infatti stabilito che l'implementazione delle Aft e delle Uccp dovrebbe portare al completo superamento non solo delle precedenti forme organizzative, ma soprattutto delle precedenti forme associative della medicina convenzionata⁵⁵: operazione, questa, che risulta giuridicamente complessa senza una impegnativa revisione delle relative disposizioni dell'Acn.

Sotto questo profilo, il percorso prefigurato dal d.l. 158/2012 recava in sé alcune obiettive fragilità rispetto alla capacità di imprimere una accelerazione alla contrattazione collettiva, sia perché, imponendo l'invarianza delle risorse a disposizione, implicava una redistribuzione delle medesime senza nuovi incentivi⁵⁶, sia perché il "dispositivo normativo" che avrebbe dovuto avviare al mancato rinnovo degli accordi si profilava di non agevole implementazione. Del resto, stanti i caratteri del sistema convenzionale, è difficile immaginare strumenti alternativi all'apposizione di un termine acceleratorio sanzionato dalla previsione di una disciplina suppletiva ad efficacia provvisoria.

6. La problematica attuazione della riforma da parte delle Regioni, tra eterogeneità dei modelli regionali di sanità territoriale, ambiguità delle scelte programmatiche, attesa dello sblocco della contrattazione collettiva

Se l'*impasse* in cui resta confinata la riforma sembra allora interpellare primariamente la responsabilità della medicina convenzionata, paiono limitati anche i progressi sul versante dell'attuazione regionale.

Le indagini (invero rare) condotte dalla dottrina giuridica circa l'attuazione della riforma nelle Regioni si sono concentrate soprattutto sul recepimento delle nuove forme organizzative dell'Aft e dell'Uccp⁵⁷.

conoscitiva sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale con particolare riferimento alla garanzia dei principi di universalità, solidarietà ed equità".

⁵⁵ V. art. 5, c. 3, dell'intesa Stato-Regioni 10 luglio 2014.

⁵⁶ Ma anche senza decurtazioni: si rammenti il contesto di finanza pubblica in cui avvenne l'approvazione del decreto-legge n. 158/2012.

⁵⁷ In questa sede sono prese a riferimento le analisi di D. ARGENIO HUPPERTZ, *L'applicazione regionale della riforma Balduzzi in materia di cure primarie*, in C. BOTTARI, P. DE ANGELIS (a cura di), *La nuova sanità territoriale*, cit., e di E. JORIO, *La riforma "mancata" dell'assistenza primaria*, in *Quotidianosanità.it*, 18 ottobre 2018.

In effetti, nella parte in cui il legislatore introduce una disciplina di principio dell'organizzazione dell'assistenza primaria prima assente dalla legislazione quadro statale, l'obiettivo della riforma è quello di conformare tale organizzazione, spettante alle Regioni a titolo di competenza concorrente, ad alcuni principi che consentano una maggiore omogeneità a livello nazionale e riducano quella variabilità territoriale che può ostacolare insieme alla tutela uniforme del diritto alle cure primarie, anche la stessa valutazione secondo criteri uniformi della tutela prestata. L'introduzione di due modelli organizzativi infradistrettuali, quali sono le Aft e le Uccp, rispondenti a minimi requisiti comuni e suscettibili anche per espressa previsione legislativa di essere declinati in base alle concrete caratteristiche territoriali (geografiche, epidemiologiche, organizzative, ecc.) non pare dissimile a quanto in ambito ospedaliero è sempre accaduto (in età repubblicana fin dalla legge Mariotti del 1968) con la previsione delle strutture interne all'ospedale (sino all'odierna indicazione dei dipartimenti e delle strutture complesse) e prelude alla possibilità di adottare anche per il distretto standard organizzativi nazionali volti ad assicurare che i livelli essenziali dell'assistenza territoriale siano erogati in condizioni di uniformità, secondo quanto hanno concordemente previsto lo Stato e le Regioni successivamente alla riforma⁵⁸. In altri termini, l'introduzione delle Aft e delle Uccp quali moduli organizzativi di base dell'assistenza primaria (e, all'interno di tale area di prestazioni, specialmente dell'attività medico generica e pediatrica di base) rappresenta lo strumento di una politica sanitaria volta a rafforzare la struttura e i contenuti del distretto e dei servizi territoriali nel loro complesso, macro-area cui è, come è noto, è destinata ormai la quota maggioritaria del finanziamento del Ssn. Un simile orientamento di politica sanitaria, come emerge alla luce del percorso evolutivo sopra ricostruito, assume a premessa una circostanza di fatto di tutta evidenza, qual è l'esistenza di situazioni regionali fortemente differenziate: alcune capaci nel tempo di sviluppare propri modelli organizzativi della sanità territoriale (compresa l'assistenza primaria e, in particolare, l'assistenza medico-generica e pediatrica di base), altre visibilmente indietro rispetto alla capacità di strutturare un *sistema* dei servizi territoriali e, in particolare, di integrare l'attività dei medici convenzionati all'interno dell'organizzazione distrettuale. La variabilità esistente tra questi due "poli" è notevole e si è sviluppata anche a seguito dell'indirizzo che per un periodo non breve (2003-2012) abbiamo individuato nella stessa programmazione nazionale, favorevole alla sperimentazione di modelli autonomi da parte delle Regioni più intraprendenti (spesso corrispondenti a quelle dotate di maggiore tradizione storica in punto di servizi sanitari territoriali) e alla promozione di modelli

⁵⁸ Il riferimento va all'art. 5, comma 8, del già citato Patto per la salute 2014-2016, il quale ha previsto che «sono definiti tramite Accordi Stato-Regioni i nuovi standard organizzativi del Distretto in grado di orientare il suo ruolo strategico nella costituzione di reti assistenziali a baricentro territoriale, e di facilitatore dei processi di integrazione e di tutela della salute dei cittadini al fine di assicurare la qualità delle prestazioni erogate dai professionisti convenzionati nell'ambito delle UCCP e AFT e dagli altri servizi territoriali, consentendo di assicurare una migliore risposta assistenziale ai bisogni delle persone affette da patologie croniche, contribuendo così a ridurre i tassi di ricovero e gli accessi impropri al DEA». Ad oggi, gli standard non sono ancora stati adottati.

“residuali” – senza alcuna accezione deteriora del termine – disegnati a livello nazionale presso le Regioni che avevano compiuto minori progressi nello sviluppo del distretto e della sanità territoriale. L'ingresso nel sistema di un modello organizzativo di riferimento valido per tutti Ssr, dunque, deve fare i conti con questo quadro. Volendo descrivere sul piano nomodinamico il rapporto che esiste tra i principi fondamentali dettati dall'art. 1 del d.l. 158/2012 e la potestà legislativa regionale chiamata al rispetto e all'attuazione dei medesimi, nonché adottando una interpretazione necessariamente flessibile del contenuto normativo di tali principi (implicata dalla loro natura di norme a fattispecie aperta) è possibile affermare che l'esistenza di una pregressa organica disciplina regionale concernente l'organizzazione dell'assistenza primaria tende a limitare la portata normativa dei principi statali al nucleo essenziale dei medesimi, mentre l'impatto di questi stessi principi su di una disciplina regionale frammentaria o fortemente dipendente dai predetti modelli “residuali” consente un più esteso effetto performativo dei medesimi nei confronti di tale disciplina, colmandone naturalmente lacune e – in un paradosso soltanto apparente – innestandosi più agevolmente su modelli “residuali” che rappresentano i più immediati antecedenti delle nuove forme organizzative introdotte, le quali costituiscono una fisiologica evoluzione di tali modelli.

In altre parole, la riforma del 2012 ha innescato un processo normativo che è per sua natura – ovvero alla luce del funzionamento del nostro ordinamento regionale e delle dinamiche particolari che esso assume in materia sanitaria⁵⁹ – sia di differenziazione sia di uniformazione.

Non stupisce, dunque, che in alcune Regioni si possa assistere ad un recepimento soltanto nominalistico⁶⁰ e in altre, invece, sia presente una nomenclatura delle forme organizzative, talora «fuorviante»⁶¹, disallineata rispetto alle disposizioni statali. Il punto è riuscire – e l'indagine meramente documentale cui normalmente, anche in questa sede, è costretta l'analisi giuridica è spesso uno strumento insufficiente – a comprendere la rispondenza delle previsioni regionali ai principi rinvenibili nella legge statale, andando oltre il confronto tra etichette normative e lo schermo degli atti di programmazione regionali, anche in considerazione del fatto che spesso la proposta di individuazione e la concreta istituzione delle nuove forme organizzative viene demandata alle singole aziende sanitarie.

⁵⁹ Sulle implicazioni dell'istituzione di un Servizio sanitario nazionale, quale modello e sistema pubblico attuativo dell'art. 32 Cost., nei confronti delle dinamiche che riguardano la potestà legislativa concorrente in materia di tutela della salute, cfr. R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, in *Rivista AIC*, 2019, n. 2. Più estesamente, circa le peculiarità del funzionamento del riparto di potestà legislativa in sanità cfr. R. BALDUZZI, *La giurisprudenza costituzionale in materia sanitaria tra paradigma e deroga*, in Id., M. CAVINO, J. LUTHER (a cura di), *La Corte costituzionale vent'anni dopo la svolta*, Torino, Giappichelli, 2011, pp. 175 ss.; C. PINELLI, *La revisione costituzionale del 2001 e le sue ricadute in ambito sanitario*, in questa *Rivista*, 2018, n. 3, pp. 659 ss.

⁶⁰ Come nota, con riferimento a molte Regioni, ad es. E. JORIO, *La riforma “mancata”*, cit.

⁶¹ Così D. ARGENIO HUPPERTZ, *L'applicazione*, cit., p. 217.

In questa prospettiva, dopo aver distinto le diverse tecniche di recepimento sul piano della programmazione regionale⁶², sarebbe interessante individuare dei parametri di valutazione dell'attuazione della riforma in base ai principi organizzativi che la sostanziano, come ad esempio la previsione di norme volte ad estendere gli orari degli ambulatori medici o a rafforzare il coordinamento tra medici di medicina generale e medici di continuità assistenziale, la previsione di un procedimento di trasformazione delle precedenti forme associative e organizzative nelle Aft e nelle Uccp, il rispetto del carattere monoprofessionale delle Aft, l'opzione per un modello di Uccp a rete o a sede unica, ecc.

Provando ad applicare alcuni di questi parametri alle risultanze delle indagini più sopra menzionate, emergono spunti analitici che meritano di essere approfonditi.

Ad esempio, si notano fenomeni ricorrenti, come la trasformazione delle équipes e delle forme associative leggere in Aft e l'identificazione delle Uccp con le case della salute (talora con una rete di case della salute), le Utap o le forme di medicina associata più forti (come le medicine di gruppo). Individuata questa tendenza, andrebbe poi verificata la "direzione" dell'adeguamento, che diviene metro di valutazione molto significativo del grado di attuazione perseguito: se vi sia stata una formale applicazione dello schema Aft/Uccp alle forme associative e organizzative esistenti oppure se vi sia stata una conformazione di queste ai nuovi modelli (ovvero se si sia adeguata la realtà organizzativa ai principi della riforma o viceversa). Una simile tipizzazione, al di là delle apparenze, non si traduce automaticamente in un elevato o ridotto grado di attuazione dei principi della riforma. Ad esempio, Regioni come l'Emilia-Romagna o il Veneto, che già possedevano elevati livelli di adesione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta alle forme associative più "pesanti" e di integrazione dei medesimi nelle forme organizzative più strutturate dei propri distretti, sono tra quelle in cui si ha l'impressione di un più blando recepimento della riforma, quando invece in esse il principio di continuità assistenziale può dirsi più presidiato che altrove grazie ad un buon equilibrio tra autonomia delle forme associative e integrazione nella rete dei servizi territoriali raggiunto dai propri modelli autonomi.

Anche soltanto a tener conto di questi spunti di analisi, dunque, emerge come una valutazione del grado di attuazione della riforma che abbia qualche ambizione conoscitiva debba dotarsi di un *set* di indicatori articolato.

Ciò detto, non sfugge che una linea di tendenza generale esista e sia pesantemente condizionata dal blocco della contrattazione collettiva. La mancata partenza del ruolo unico e l'ancoraggio ai vincoli posti dagli accordi collettivi previgenti in ordine a sistemi di remunerazione e obblighi orari limita molto i margini non solo nelle realtà regionali già dotate di propri modelli (costruiti spesso sfruttando quanto più possibile gli spazi della

⁶² Tali distinzioni sono possibili sotto diversi profili. Ad esempio, è chiaramente osservabile una differente dinamica di recepimento a seconda che l'attuazione della riforma sia avvenuta in una Regione sottoposta a piano di riqualificazione e rientro o meno: nel primo caso, l'attuazione della riforma è stata inclusa tra gli adempimenti dei programmi operativi dei piani e risulta, almeno sul piano formale, più rispondente al modello legislativo.

contrattazione regionale), ma frena anche quelle “a modello residuale”: qui, pur esistendo più ampi margini di cambiamento e nonostante la riforma che abbia dato l’occasione di ristrutturare a livello di programmazione i propri sistemi territoriali utilizzando le nuove figure dell’Aft e dell’Uccp, il processo di sviluppo di tali forme organizzative nella direzione di una maggiore copertura oraria e di una maggiore integrazione della medicina generale nell’organizzazione distrettuale viene assai rallentato dalla mancata revisione degli accordi collettivi.

In questa situazione lo scenario migliore è quello in cui le Regioni che hanno propri modelli sviluppati puntino allo sviluppo di questi nelle condizioni contrattuali date e le Regioni “a modello residuale” provino a sfruttare la necessità di attuare la riforma per colmare la distanza con le prime, promuovendo un incremento degli indici di adesione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta alle forme associative e organizzative più strutturate, ma senza poter superare i limiti dettati da tali condizioni.

Del resto, di ciò sembra consapevole anche lo Stato, almeno in sede di verifica di adempimento dei livelli essenziali di assistenza. Se si esaminano infatti i rapporti di valutazione concernenti ciascuna Regione⁶³, oltre a constatare che alla voce “cure primarie” (lett. *aab*) non sia mai formulato un giudizio di adempimento/inadempimento⁶⁴, se ne ricava l’impressione che il tavolo ministeriale preposto, da un lato, si accontenti di monitorare (*de relato*, basandosi queste valutazioni integralmente sulle informazioni fornite dalle Regioni medesime) il processo di attuazione della riforma specialmente in termini di applicazione dei modelli delle Aft e Uccp all’organizzazione regionale dei servizi territoriali e, dall’altro, opti per una interpretazione lasca di tale applicazione, presentando, senza alcun rilievo critico, come “attuazione” anche il mero recepimento nominalistico. Se dietro questo approccio attendista e prudente sta senz’altro la consapevolezza dell’inopportunità di poter misurare in termini rigidi l’adeguamento alle nuove forme organizzative, correndo poi il rischio di censurare proprio le Regioni che hanno saputo realizzare propri modelli forti di integrazione della medicina di base nell’organizzazione territoriale anche in assenza dei principi introdotti dalla legislazione statale, è altresì vero che il protrarsi nel tempo di un simile approccio fa mancare adeguati incentivi all’attuazione della riforma proprio in una sede strategica come la verifica adempimenti Lea.

⁶³ I rapporti relativi ad ogni singola Regione sono disponibili, aggiornati al 2016 (con anno di riferimento 2014), sul sito del Ministero della salute al seguente link: <http://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4746&area=Lea&menu=monitoraggioLea>.

⁶⁴ Cfr. a questo proposito la descrizione dell’indicatore *aab*) presente nel documento che illustra tutti i criteri valutazione della verifica (http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_1302_listaFile_itemName_0_file.pdf).

7. Considerazioni conclusive: la percezione di una riforma fallita, gli indicatori di un processo in atto, il problema non aggirabile della contrattazione collettiva, la necessità di una nuova sintesi nazionale

Tanto le riflessioni svolte con riferimento alla contrattazione collettiva quanto quelle concernenti il recepimento delle forme organizzative dell'Aft e dell'Uccp da parte delle Regioni paiono condurre ad un giudizio sintetico che tende al negativo, se non alla constatazione di una vera e propria stasi che rischia di far fallire la riforma dell'assistenza primaria. Si tratta però di un giudizio che va in parte corretto alla luce di altri elementi che ancora è necessario considerare.

In primo luogo, si deve ritenere che, ad oggi, il più potente motore della ristrutturazione della sanità territoriale, anche nella direzione di una maggiore continuità assistenziale e di una migliore integrazione della medicina e della pediatria di base nell'organizzazione distrettuale sia rappresentato dalla graduale applicazione degli standard ospedalieri, anch'essi frutto dell'intervento riformatore del 2012. In effetti, la diminuzione dei posti letto per acuti, sia per esigenze di riconversione delle strutture ospedaliere sia per esigenze di rimodulazione dei percorsi di cura fuori dall'ospedale, sta conducendo alla riorganizzazione dei servizi territoriali mediante un maggior coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, anche a seguito dello sviluppo contestuale di maggior strumenti informatici di supporto (e di controllo) alle rispettive funzioni di assistenza. Si tratta, come noto, di un processo non privo di contestazione sia da parte delle popolazioni e delle istituzioni locali che vivono il cambiamento in termini di depauperamento dei servizi (con l'obiettivo rischio che l'alleggerimento della rete ospedaliera senza una riorganizzazione delle cure primarie e dei percorsi diagnostico terapeutici conduca effettivamente a simili esiti) sia da parte della stessa medicina convenzionata⁶⁵. Fatto sta che il processo è in atto, nonostante subisca negativamente la possibilità di una piena attuazione della riforma ostacolata dalla mancata revisione degli accordi collettivi e, dunque, tenda a svilupparsi (nelle Regioni che erano prive di una propria politica di settore) secondo una logica ancora sperimentale, non organica e talora casuale (ovvero strettamente legata alle vicende delle locali strutture ospedaliere in via di riconversione piuttosto che dipendenti dalla disponibilità di gruppi di medici convenzionati più motivati di altri).

⁶⁵ Quest'ultima, in particolare nelle sue forme della medicina generale e della pediatria di libera scelta, non ha risparmiato critiche anche ad un altro tassello, talora trascurato, dell'integrazione, qual è lo sviluppo dei sistemi informatici, ad iniziare dalla dematerializzazione della ricetta medica e dall'entrata in funzione dei nuovi nomenclatori. Al netto delle disfunzioni registrate, tali innovazioni costituiscono oggi uno degli strumenti essenziali di governo dell'assistenza medica e pediatrica di base; il fatto, poi, che i clamorosi ritardi nella sostanziale implementazione del fascicolo sanitario elettronico (che ancora rappresenta in una larghissima parte del territorio nazionale un "guscio vuoto") siano contemplabili tra i fattori di blocco di un ulteriore sviluppo dell'integrazione e della continuità tra assistenza primaria e ospedaliera conferma la centralità del ruolo dei sistemi informatici per la politica sanitaria in discorso.

Senza uno sblocco della contrattazione collettiva, quell'operazione di razionalizzazione e uniformazione dei modelli organizzativi di base che perseguiva la riforma dell'assistenza primaria del 2012 non potrà realizzarsi.

Nel frattempo, però, anche le questioni sul tappeto della contrattazione collettiva sono aumentate. In particolare, si è aggravato il problema della carenza dei medici di medicina generale, i quali, deve rammentarsi, sono impiegati anche in aree di attività diverse dall'assistenza primaria e dalla continuità assistenziale (si pensi al problema dell'emergenza sanitaria territoriale e ai medici precari del 118). L'impressione è quindi che serva un nuovo momento di sintesi nazionale che viene da più parti individuata nel redigendo Patto per la salute e che però non assolverebbe a tale funzione se questo non favorisse effettivamente, sia sul piano delle risorse sia su quello degli indirizzi organizzativi, la rapida conclusione dei nuovi accordi collettivi nazionali della medicina generale e della pediatria di base. La sinergia – o, se si preferisce, trattandosi di sede negoziale: lo scambio – tra la ristrutturazione dei canali di formazione e reclutamento, da un lato, e la realizzazione del ruolo unico (con le implicazioni sopra già esaminate in termini di sistema di remunerazione e di copertura delle diverse fasce orarie) potrebbe favorire il raggiungimento del risultato, anche in considerazione del fatto che, per quanto si riesca a compensare i pensionamenti con i nuovi ingressi, gli andamenti demografici tenderanno ad aggravare sempre di più la medicina generale ed aumentare se non il numero che segna il rapporto tra medico e assistiti, senz'altro il peso specifico di tale numero. Questa tendenza aumenta obiettivamente la necessità di abbandonare sempre di più forme di lavoro individuale a favore di forme di lavoro coordinato e in équipe: che questa esigenza imponga di trovare nuovi equilibri al rapporto fiduciario è altrettanto vero, ma la mera contemplazione del principio della libera scelta potrebbe condurre a risultati ancor peggiori (anche perché la scarsità di medici di medicina generale già riduce di fatto i margini di una scelta libera).

Infine, non può farsi a meno di notare una dinamica piuttosto peculiare della c.d. riforma Balduzzi, la quale è osservabile anche con riferimento ad altri “capitoli” della medesima e che sembra spiegabile soprattutto alla luce del contesto politico-legislativo nella quale è stata elaborata e della fonte che l'ha veicolata. L'impiego della decretazione d'urgenza, infatti, ha condizionato sul piano sostanziale le scelte normative adottate, le quali non di rado hanno avuto l'effetto di “smuovere” singoli segmenti dell'ordinamento, introducendo innovazioni sia immediatamente efficaci sia bisognose di non modesti svolgimenti. La revisione delle regole di responsabilità professionale, la modifica delle procedure di selezione della dirigenza, le norme sul gioco d'azzardo, solo per stare a casi noti⁶⁶, hanno incontrato

⁶⁶ Ed altresì suscettibili di approfondimento anche grazie a contributi recentemente pubblicati su questa *Rivista*: v. spec. D. MORANA, *I decreti*, cit.; G. CANZIO, P. PROTO PISANI, *Evoluzione storica e linee di tendenza della giurisprudenza di legittimità in tema di colpa medica* e G. MAROTTA, *Gli interventi di contrasto del disturbo da gioco d'azzardo (DGA): analisi della normativa e della giurisprudenza*, entrambi sul n. 1 del 2019; G. BERGONZINI, *La selezione della dirigenza sanitaria: oltre lo spoils system?*, sul n. 3 del 2018.

un percorso attuativo caratterizzato da una simile dinamica, provocando spesso mutamenti in ambito giurisprudenziale o amministrativo tali da poi dover essere ulteriormente sviluppate da interventi legislativi successivi dotati di maggiore organicità che ne hanno sviluppato gli originari indirizzi caratterizzanti.

Che la riforma dell'assistenza primaria incontri analogo sviluppo è solo parzialmente possibile, dovendo affrontare la stessa un percorso di attuazione che necessariamente deve transitare dalla fonte negoziale e dal connesso modello convenzionale. E tuttavia anche a questa componente della riforma del 2012 potrebbe occorrere un nuovo momento di elaborazione dei problemi che ha concorso a portare alla luce, con l'adozione di soluzioni di più ampio spettro, come paiono essere quelle che incideranno – alla luce dell'efficacia provvisoria di alcune disposizioni del c.d. decreto Calabria, dovranno incidere – sulle procedure di formazione e di reclutamento dei medici convenzionati.

