

I principi della riforma e la sua attuazione

di Renato Balduzzi

Corrispondo volentieri alla richiesta pervenutami da “*Tra il dire e il fare*” di riflettere sulla riforma della medicina territoriale del 2012 e sulla sua attuazione.

Lo faccio cercando il più possibile di evitare la tendenza purtroppo diffusa, in quest’anno di prima e seconda ondata di pandemia da Covid-19, di battibeccare, tra studiosi di sanità pubblica o sedicenti tali, attorno all’individuazione di qualche decisione precedente o mancata decisione come causa principale o prevalente delle presenti difficoltà, invece di domandarci, tutti, quali siano le decisioni, in primo luogo, da assumere adesso e indifferibilmente e, in secondo luogo, quale sia il percorso da disegnare in prospettiva, una volta che questa emergenza sia rientrata.

Ciò premesso, il mio scritto si articola in cinque paragrafi:

1. che cosa si deve intendere per territorio e per sanità territoriale;
2. quali siano state le premesse culturali e giuridico-istituzionali della riforma del 2012;
3. i principi e l’articolazione della riforma;
4. l’attuazione della medesima;
5. alcune conclusioni in prospettiva.

1. L’etimologia delle parole è quasi sempre utile, almeno quando non è troppo controversa. Per quanto riguarda la parola “territorio”, mi ha sempre colpito che, secondo una lettura accreditata, essa derivi da due parole con significato assai diverso, il cui intreccio tuttavia ci rivela qualche cosa dell’una e dell’altra.

Territorium, infatti, è *terra* più *terror*¹. La parola denota sia lo spazio geofisico, sia il potere che in quello spazio viene esercitato: c’è un rapporto di corrispondenza biunivoca tra le caratteristiche di una certa terra e quelle del potere che su di essa si esercita, nel senso che esse si influenzano a vicenda e la loro sintesi, o forse sarebbe meglio dire la loro risultante, è proprio il territorio. Il

potere può presentarsi come più o meno decentrato e più o meno attento all’autonomia e alle peculiarità di parte e parte dello spazio in cui si esercita; può atteggiarsi secondo modalità di collaborazione/integrazione con gli spazi confinanti, oppure può perseguire forme e modalità di isolamento e di autarchia; può fondarsi sulla volontà delle persone che risiedono stabilmente in quella terra, oppure può trarre legittimazione da altre fonti o tradizioni, e financo da sé medesimo. La storia di quella terra, la sua morfologia e il deposito che i secoli hanno lasciato costituirà comunque un fattore con cui qualunque potere dovrà in qualche misura fare i conti.

Queste considerazioni valgono naturalmente anche per i servizi sanitari allocati in un determinato territorio: essi dipenderanno dalle caratteristiche del potere che caratterizzano quel territorio, e pertanto, entro una variabilità che dipende dai caratteri dell’ordinamento cui quel potere si riferisce, potremo avere una situazione che ora privilegia i servizi considerati più remunerativi e maggiormente rispondenti agli interessi e valori di questa o quella categoria, ora i servizi caratterizzati da logiche redistributive di ricchezza e di opportunità, ora servizi organizzati reticularmente piuttosto che secondo moduli più rigidamente gerarchici.

Assai opportunamente è stata rilevata, proprio all’interno della riflessione condotta dalla rivista che mi ospita, l’importanza di una maggiore valorizzazione dell’approccio per territori funzionali²: una siffatta notazione, evidentemente basata sulla constatazione che un territorio di confine richiede, in situazioni di epidemia e pandemia, azioni coordinate tra più poteri competenti su territori diversi, conferma, se ve ne fosse il bisogno, che il potere può tenere o non tenere in conto le interdipendenze funzionali, e che la scelta nell’uno o nell’altro senso viene a connotare il territorio nel suo insieme. Appunto, *terra* più *terror*.

2. Tra i caratteri del contesto spazio-temporale che più si impongono al potere politico in campo sanitario e che costituiscono una sorta di premessa sia culturale sia giuridico-istituzionale alla riforma del 2012 indicherei senz'altro, sotto il profilo culturale, la valorizzazione dei cosiddetti determinanti sociali, economici e ambientali della salute (i quali impongono una "presa in carico" del paziente che costituisce qualche cosa di qualitativamente differente dalla semplice risposta sanitaria prestazionale, e che ha come sfondo l'obiettivo, al tempo stesso evocativo e impegnativo, della "salute in tutte le politiche")³ e, sotto quello giuridico-istituzionale, la nozione di rete integrata dei servizi⁴, la quale a sua volta ha alla base un'altra rilevante acquisizione culturale, e precisamente l'importanza di quell'assistenza sanitaria primaria che, secondo la Dichiarazione di Alma Ata del settembre 1978, "rappresenta la prima occasione di contatto degli individui, della famiglia e della comunità con il sistema sanitario nazionale, portando l'assistenza sanitaria il più vicino possibile ai luoghi di vita e di lavoro, e costituisce il primo elemento di un processo continuo di assistenza sanitaria"⁵. Ho riportato un passaggio di quella Dichiarazione per via della straordinaria sintonia con il coevo art. 25, comma 3 della legge n. 833 del 1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, secondo il quale 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». Se è vero che la legge 833 prospettava un'alternativa per quanto attiene al regime dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta (convenzionamento o dipendenza), definita in seguito nel senso della seconda (ma senza che ciò comporti in alcun modo irreversibilità, come le ricorrenti proposte di "tornare alla dipendenza" testimoniano), è altrettanto vero che, anche scegliendo il regime di convenzionamento, resta ferma nel sistema della riforma sanitaria la centralità dell'integrazione tra i professionisti e il distretto sanitario o sociosanitario, cioè la struttura di base deputata ad esercitare il "potere" sanitario sul territorio, a sua volta strettamente collegata in rete con le strutture ospedaliere.

Proprio la stretta interdipendenza tra l'eroga-

zione dei servizi attraverso la rete ospedaliera e quella che è demandata all'organizzazione della rete "territoriale" costituisce l'elemento cardine del sistema: c'è una sola "rete", quella dei servizi sanitari e sociosanitari, al cui interno sono presenti, in forme integrate, la rete ospedaliera e quella territoriale, come c'è un solo territorio che, a seconda delle scelte di organizzazione che il livello regionale individua nell'ambito delle possibilità offerte dal Servizio sanitario nazionale (non va dimenticato che i principi di organizzazione dei servizi sanitari rientrano anch'essi tra i principi fondamentali cui la legislazione concorrente delle regioni deve ispirarsi)⁶, conoscerà modalità variegata di allocazione delle funzioni tra le diverse tipologie di aziende sanitarie.

Anche la risalente tendenza a riequilibrare un eccesso di attenzione e di risorse destinate alla sanità ospedaliera potenziando quella territoriale (tendenza alla quale, come vedremo tra poco, non si sottrarrà la riforma del 2012) va inquadrata dentro siffatte coordinate di sistema, e dunque vista non in chiave di competizione-compensazione, ma di collaborazione-integrazione. Di ciò costituiscono eloquente conferma, in primo luogo, le diverse figure che i livelli di governo statale e regionale hanno individuato, nel tempo, quali centri di riferimento per l'erogazione dell'insieme delle cure primarie (Utap, case della salute, più di recente Uccp) e, in secondo luogo, la nozione stessa di continuità assistenziale⁷. Quanto alle prime, nella riflessione e negli argomenti addotti per motivare tali figure organizzative è sempre presente non soltanto il profilo dell'utilizzazione appropriata della rete dell'emergenza-pronto soccorso, ma altresì quella della riorganizzazione della rete ospedaliera e in particolare della riconversione dei piccoli ospedali. Per quanto attiene alla continuità assistenziale, la nozione stessa include, accanto ai profili temporali, anche quelli spaziali, che hanno a che fare con la strutturazione complessiva della rete e non soltanto con una sua parte: anzi, proprio l'insufficiente consapevolezza della stretta interdipendenza tra i profili spaziali e quelli temporali è probabilmente da annoverarsi tra le concause culturali dell'accezione ristretta, e della conseguente scarsa operatività, della figura del medico di continuità assistenziale (soltanto a seguito dell'emergenza pandemica si è

data vita concreta a una figura, quella delle unità speciali di continuità assistenziale, capace di riassumere in sé compiutamente l'unità tra i due profili)⁸.

3. Lo stallo operativo della medicina territoriale, a partire soprattutto da quella di famiglia, unitamente alla necessità di rimettere in equilibrio (e, in qualche caso, di costruire *ex novo*) la rete dei servizi sanitari, sbilanciata sull'ospedale sin dai tempi della legge Mariotti e che tale era rimasta nonostante l'impostazione riequilibratrice della legge n. 833 del 1978⁹, costituirono le ragioni di fondo della riforma del 2012.

Per la prima volta le due sottoreti (ospedaliera e territoriale) sono oggetto di una considerazione contestuale: *spending review*, nel senso non di riduzione ma di revisione della spesa attraverso la predisposizione di indicazioni e strumenti di riorganizzazione della rete ospedaliera, e riequilibrio di attenzioni e risorse sul "territorio" stanno insieme, in una sorta di originale *simul stabunt*.

Va sottolineata, in proposito, la previsione (art. 15, comma 13, lett. c), d.-l. n. 95/2012, conv., con modificazioni, dalla l. 135/2012) per cui i provvedimenti regionali di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati vanno adottati "sulla base e nel rispetto degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" fissati con regolamento approvato ai sensi dell'art. 1, comma 169, l. 30 dicembre 2004, n. 311, e "nel rispetto della riorganizzazione dei servizi distrettuali e delle cure primarie finalizzate all'assistenza 24 ore su 24". Risulta cioè chiara, da un lato, la riconduzione della riorganizzazione della rete ospedaliera a parametri obiettivi desunti dai predetti standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi e, dall'altro lato, la sua interdipendenza con la riforma dell'assistenza primaria. La storia del regolamento attuativo (d. m. 2 aprile 2015, n. 70) è abbastanza nota, anche per quanto concerne la sua riconduzione, a opera della Corte costituzionale (sent. n. 134 del 2006), ad atto di specificazione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria (Lea) e pertanto assoggettato alla medesima procedura di intesa con la Conferenza Stato-regioni¹⁰. Meno note sono le ragioni che ostacolarono l'adozione di tale atto, già pre-

visto dalla cosiddetta legge Tremonti del 2004: affinché tali standard non fossero arbitrari, era indispensabile disporre di dati affidabili circa le dimensioni, i volumi e gli esiti relativamente a ciascuna tipologia di prestazione per struttura ospedaliera, e soltanto a valle del Programma nazionale esiti, gestito dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali, ciò sarebbe stato possibile¹¹.

La consapevolezza, in capo ai proponenti della riforma, delle difficoltà storicamente riscontrate nel cammino di potenziamento e riorganizzazione della medicina di famiglia indusse poi a prevedere una clausola di salvaguardia rispetto a possibili ulteriori ritardi e rinvii, contenuta nel comma 7 dell'art. 1 della riforma: qualora entro il termine previsto dal comma 6 (centotanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del decreto-legge), non si proceda all'adeguamento dei relativi accordi collettivi nazionali, il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze (e sentite la Conferenza delle regioni e i sindacati), "emana, nelle more della conclusione della trattative, disposizioni per l'attuazione in via transitoria dei principi richiamati dal medesimo comma 6", le quali, ai sensi dell'ultimo periodo della disposizione ora riportata, cessano di avere efficacia a decorrere dalla data di entrata in vigore dei predetti accordi collettivi nazionali. In tal modo il legislatore viene a indicare i principi che costituiscono l'ossatura della riforma della medicina territoriale. Scordandoli, abbiamo la conferma della compattezza e organicità della visione del legislatore. Agli accordi collettivi nazionali si impone di garantire, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale del servizio, l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, nonché un'offerta integrata delle prestazioni dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica, della medicina dei servizi e degli specialisti ambulatoriali, adottando le forme organizzative monoprofessionali delle aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e multiprofessionali delle unità complesse di cure primarie (UCCP), caratterizzate, queste ultime, proprio dal coordinamento e dall'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale a rilevanza sanitaria, oltre che dalla possibilità che per esse le aziende sanitarie possano adottare, anche per il tramite del distretto sani-

tario (individuato, in continuità con l'opzione di fondo della legge n. 833 del 1978, come lo snodo attorno al quale ruota l'intero sistema della medicina di base) forme di finanziamento a budget. A coronamento di un sistema fortemente integrato si impone il ruolo unico per le funzioni di medico di medicina generale del Servizio sanitario nazionale.

A conferma della ricostruzione qui offerta circa il significato di sistema della riforma del 2012 stanno altresì le disposizioni di raccordo tra le due sottoreti contenute nel menzionato d. m. n. 70/2015: sia quella secondo cui le regioni devono individuare "le regole di integrazione dell'ospedale con la rete territoriale di riferimento, in relazione a: ammissione appropriata, dimissione pianificata e protetta e partecipazione ai percorsi assistenziali integrati" (art. 1, comma 5, lett. m), sia il contenuto del punto 10 dell'Allegato 1, dedicato alla continuità ospedale-territorio. Proprio tali clausole, tuttavia, evidenziano, anche per la timidezza delle loro previsioni (ad es., la lettera m) domanda a provvedimenti regionali che devono prevedere un documento che appunto individui le regole di integrazione ospedale-territorio), il problema di fondo in questa sede più volte richiamato, cioè la necessità di sciogliere il nodo costituito dalla riorganizzazione della medicina generale.

4. Come già in passato verificatosi, né le premesse culturali e giuridico-istituzionali, né la costellazione dei principi ispiratori della riforma del 2012, a dispetto della sua larghissima condivisione all'interno della comunità scientifica e professionale del settore sanitario, hanno avuto la meglio sulle incertezze e sulle pigrizie dei decisori politico-amministrativi e sulle miopie corporative.

Ciò è avvenuto nonostante la presenza della già menzionata e innovativa previsione normativa, contenuta nell'art. 1, comma 7, del d.-l. n. 158/2012 e volta ad assicurare comunque l'attuazione della riforma.

Sia consentito sottolinearne almeno tre profili di qualche significatività (forse non toccherebbe a me fare ciò, ma la verità delle cose lo impone).

In primo luogo, tale disposizione non conferisce una mera facoltà, ma un obbligo, decorrente dal maggio 2013, in capo al Ministro della salute e

a quello dell'economia e delle finanze: da allora, si sono susseguite cinque diverse compagini governative, di vario orientamento e colore politico-partitico, ma tale obbligo non è stato adempiuto.

In secondo luogo, la tecnica usata dalla disposizione appare rispettosa sia dell'autonomia regionale, sia di quella sindacale: l'attuazione della riforma attraverso tali disposizioni è qualificata come "provvisoria"; le disposizioni sono di natura "cedevole", nel senso che la loro efficacia cessa con l'entrata in vigore degli accordi collettivi; vanno sentite sia la Conferenza delle regioni sia le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative.

In terzo luogo, la praticabilità tecnica del comma 7 trovava conforto nella circostanza che sia gli accordi nazionali, sia quelli integrativi regionali non dovessero comportare ulteriori oneri per la finanza pubblica (e anzi veniva richiamato il comma 25 dell'art. 15 del d.-l. n. 95 del 2012, conv. nella l. n. 135 del 2012, che includeva anche il personale convenzionato con il Ssn nel capo di applicazione delle disposizioni di limitazione della crescita dei trattamenti economici anche accessori del personale delle pubbliche amministrazioni) e che pertanto le disposizioni di attuazione potessero muoversi dentro un terreno chiaramente individuato, quello delle migliori pratiche organizzative per favorire l'integrazione della medicina territoriale all'interno della complessiva rete sanitaria.

Le premesse culturali e giuridico-istituzionali, sopra sintetizzate, non sono state tuttavia sufficienti ad assicurare alle norme legislative e alle clausole degli accordi collettivi nazionali una traduzione effettiva e omogenea nelle diverse regioni e all'interno delle medesime.

Alla base di questa ineffettività stanno certamente più concause¹², ma credo che la prima tra esse sia proprio l'incapacità (o la mancata volontà) di istituire un solido legame tra il profilo spaziale e quello temporale, e dunque, in altre parole, l'incapacità di percepire il territorio in quella pienezza di significato cui si è accennato all'inizio di questo contributo. Un'incapacità e una mancanza di volontà che toccano in generale tutta la cosiddetta medicina convenzionata, ma che risultano particolarmente evidenti nelle vicende specifiche concernenti la posizione e il

ruolo dei medici di medicina generale all'interno del Servizio sanitario nazionale¹³.

Accanto a questa causa, un'altra va evidenziata: la tendenza, forte in sanità ancorché presente in altri comparti, a pensare che la difficoltà di attuare approcci politico-amministrativi innovativi possa essere superata ripetendo e iterando formule programmatiche e normative che li condensano¹⁴.

Tuttavia, ancorché sia difficile non provare un senso di sconforto a fronte dell'insufficiente attuazione del disegno riformatore, la riforma della medicina di famiglia deve essere valutata, al pari di ogni disposizione normativa, certamente come un "prescrivere", un "dire" (per evocare il nome della rivista che ospita questa riflessione), e dunque come qualcosa di cui misurare l'attuazione, ma altresì come un "fare", cioè come qualcosa che è già significativo per la sola circostanza che è approdato alla Gazzetta ufficiale e alla vigenza: non soltanto perché dà forza a quanti (regioni, aziende sanitarie, gruppi di medici di famiglia) vogliono, condividendone i principi e gli obiettivi, favorirne l'attuazione; non soltanto perché, entrando a comporre l'ordinamento giuridico, viene a fare sistema con altre disposizioni normative e ne condiziona l'interpretazione e l'applicazione; ma altresì perché – come è stato di recente osservato in dottrina – proprio in forza dello stretto legame tra la riconversione delle strutture ospedaliere, la definizione dei relativi standard e la riorganizzazione della medicina di base, le diverse parti del sistema sanitario territoriale, le quali sono contestualmente state destinatarie di un intervento legislativo coordinato ed organico, vengono a sorreggersi l'una con l'altra, con la conseguenza che la graduale applicazione degli standard ospedalieri viene, di fatto, a costituire il più potente motore di sviluppo della parte considerata storicamente più debole, appunto quella concernente i cosiddetti servizi territoriali¹⁵.

Sarebbe infatti sbagliato, sotto il profilo storico-fattuale e sotto quello giuridico, pensare che il problema principale reso palese dall'emergenza Covid-19 stia nel numero e nella distribuzione dei posti letto, specialmente quelli di rianimazione e terapia intensiva. Nessun dubbio che la pandemia abbia colto impreparate le strutture sanitarie¹⁶ e che quindi, anche sotto il profilo del

dimensionamento delle medesime, sia stato importante l'aumento (quasi il raddoppio) del numero di tali posti letto, purché modulare e reversibile a seconda del momento¹⁷. Guai però a pensare che quello sia stato il problema principale, perché significa non tenere in considerazione alcuni dati di fatto e alcuni elementi di sistema: sia perché, anche al massimo del picco pandemico sinora registrato, non si è mai andati al di sopra di un'occupazione complessiva, durante la prima ondata di pandemia, del 50% dei posti letti disponibili in rianimazione e terapia intensiva (è senz'altro vero che, stante la distribuzione concentrata del picco, in alcune realtà territoriali la situazione sia stata e sia drammatica, ma non va dimenticato che in Italia abbiamo un Servizio sanitario nazionale, cioè incentrato sulla solidarietà tra i cittadini e i territori, e che pertanto la mobilità sanitaria è un elemento costitutivo del sistema, non semplicemente un suo fattore distorsivo cui porre rimedio...), sia perché tali posti letto non hanno subito una diminuzione nel decennio precedente¹⁸. Il problema, per contro, di ieri, di oggi e (speriamo) di domani, sta nella necessità di rispettare, valorizzare e tenere periodicamente aggiornati gli standard relativi all'assistenza ospedaliera e di pervenire il più rapidamente possibile alla definizione dei relativi standard dell'assistenza sanitaria territoriale, nonché di superare il mito del posto-letto¹⁹, a favore di una considerazione reticolare dei servizi che non significa semplicemente, secondo un *mantra* ripetuto all'inverosimile in questi mesi, più servizi territoriali, ma proprio più rete tra servizi territoriali ed ospedalieri, così da considerare in modo unitario la complessiva rete dei servizi sanitari e di tutela della salute.

E che questa conclusione sia esatta lo dimostra proprio, nella sua tragicità, la vicenda della pandemia in corso, dove non è casuale che a resistere meglio, nella generale difficoltà, siano quelle situazioni regionali dove le due facce della riforma sanitaria del 2012, quella ospedaliera e quella territoriale, sono state prese maggiormente sul serio, secondo modalità anche differenti e talvolta peculiari, ma dentro le coordinate culturali sopra riassunte. Situazioni regionali che hanno saputo, meglio di altri, considerarsi territorio in senso pieno e dunque sia declinare i servizi sanitari come la risultante delle due sottoreti, quella ospedaliera e quella territoriale, sia far intera-

gire il momento istituzionale (il potere) con la dimensione spaziale e temporale di esercizio del medesimo. Anche l'istituzione delle unità speciali di continuità assistenziale (art. 4-bis d.-l. 17 marzo 2020, n. 18, conv. nella l. 24 aprile 2020, n. 27) viene a confermare il quadro sin qui delineato, nel senso che ciò che manca non sono le singole figure assistenziali, ma la continuità della medesima, dove il termine continuità incorpora in sé sia la prospettiva spaziale, sia quella temporale: ma non è proprio questo il significato di territorio, di cui oggi scopriamo (o riscopriamo) il carattere di non finitudine?²⁰

- 1 L. Bonesio, *Documento commissione epistemologica*, in www.societadeiterritorialisti.it.
- 2 G. Rinaldi, *Istituzioni, esperti e territori alla prova del COVID 19*, in *tra il dire e il fare*, giugno 2020, p. 14.
- 3 Impongono, in altre parole, l'allargamento del *to cure* al *to care* (sulla cui complementarità v., di recente, R. Balduzzi, *La medicina oltre la cura*, in *BioLaw Journal-Rivista di BioDiritto*, Special Issue 2/2019, p. 379). Al di fuori dell'ottica della "presa in carico" non si dà possibilità di funzionamento concreto del continuum prevenzione-cura-riabilitazione: si v. in particolare E. Guzzanti, *L'assistenza primaria in Italia, dalle condotte mediche al lavoro di squadra*, a cura di M.C. Mazzeo, G. Milillo, A. Cicchetti, A. Meloncelli, Edizioni Iniziative Sanitarie, Roma, 2009, spec. pp. 83 ss.
- 4 Sulla nozione di integrazione, con particolare riguardo a quella socio-sanitaria, rinvio al mio *Cinque cose da fare (e da non fare) in sanità nella (lunga e faticosa) transizione verso il post-pandemia*, in *Corti supreme e salute*, n. 2/2020, p. 350.
- 5 Ancora di recente sottolineano la rilevanza di tale documento E. JORIO, D. SERVETTI, *La difficile riforma dell'assistenza primaria, tra legge statale, accordi collettivi e programmazione regionale*, in *Corti Supreme e Salute*, n. 2/2019, pp. 259 ss.
- 6 Sul punto rinvio al mio *Titolo V e tutela della salute*, in R. Balduzzi, G. Di Gaspare, *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Milano, Giuffrè, 2002, pp. 17 ss.; Id., *Considerazioni di sintesi*, in *La sanità italiana tra livelli essenziali di assistenza, tutela della salute e progetto di devolution*, a cura di R. Balduzzi, Milano, Giuffrè, 2004, pp. 391 ss.
- 7 Per una puntuale ricostruzione della travagliata storia della riorganizzazione dell'assistenza primaria v. E. JORIO, D. SERVETTI, *La difficile riforma dell'assistenza primaria*, cit., pp. 265 ss.
- 8 Sulle unità speciali di continuità assistenziale e sulla loro derivazione dalle unità complesse di cure primarie consolidate dalla riforma del 2012 rinvio a A. Banchemo, *I livelli essenziali delle prestazioni sono diventati realtà? Considerazioni in materia di servizi sociali e sociosanitari, in base alla disciplina della legge 17 luglio 2020, n. 77*, in *Corti Supreme e salute*, 2/2020, p. 398.
- 9 Sul passaggio dalla legge del 1968 sugli ospedali alla catena delle leggi di riforma sanitaria v. R. Balduzzi, *La legge n. 419 del 1998 recante delega per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale: prime considerazioni d'insieme*, in *Sanità pubblica*, 1999, pp. 161 ss.; più di recente Id., *Quasi un editoriale. Dopo 40 anni, verso una destrutturazione del Ssn?*, in *Corti Supreme e Salute*, n. 3/2018, pp. 465 ss.
- 10 Si v. comunque, per tutti, D. Servetti, *Livelli essenziali, standard ospedalieri e riduzione dei posti letto: note a margine della sentenza della Corte costituzionale n. 231 del 2017*, in *Corti supreme e salute*, n. 1/2018, pp. 60 ss.
- 11 Sul punto si vedano gli interventi raccolti nel numero monografico della rivista *Monitor* (anno 2015, n. 38).
- 12 V. sul punto, per una rassegna delle diverse opinioni, Aa.Vv., *La nuova sanità territoriale*, a cura di C. Bottari e C. De Angelis, Rimini, Maggioli, 2016.
- 13 Non va infatti dimenticato che, mentre la riforma della medicina di famiglia è rimasta inattuata o attuata soltanto parzialmente o, peggio, nominalisticamente, a causa soprattutto, come si vedrà più oltre, della mancata adozione dei nuovi accordi collettivi nazionali per i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, nel campo della cosiddetta specialistica convenzionata (ambulatoriale) abbiamo registrato il recepimento della riforma del 2012 in occasione del rinnovo del 2015.
- 14 Si veda, per un esempio particolarmente significativo, la scheda n. 8, preparata nel lavoro tecnico Stato-regioni in vista del nuovo Patto

- per la salute 2019-2021: la scheda preconizza “il completamento del processo di riordino della medicina generale e della pediatria di libera scelta, favorendo l’integrazione con la specialistica ambulatoriale convenzionata interna e con tutte le figure professionali, compresa l’assistenza infermieristica di famiglia/comunità, per garantire la completa presa in carico integrata delle persone. Al fine di far fronte ai nuovi bisogni di salute derivanti dall’aumento delle patologie croniche e dei quadri complessi pluripatologici, Governo e Regioni convergono sulla necessità di dare piena attuazione ai modelli di riorganizzazione dei servizi territoriali (AFT e UCCP) assicurando una rete territoriale, multi-professionale e multidisciplinare integrata, con sede unica o con sedi diverse collegate funzionalmente di cui facciano parte medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali, biologi, psicologi, infermieri, fisioterapisti, etc., con il compito di effettuare una reale presa in carico del paziente, interagendo con le strutture ospedaliere attraverso percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) concordati e condivisi. A tal fine potranno essere di supporto anche gli strumenti innovativi collegati alle tecnologie dell’informazione e della comunicazione (ICT)”. Come si vede, la sintesi è impeccabile, non manca (quasi) nulla, c’è persino l’interazione con le strutture ospedaliere attraverso percorsi diagnostici concordati e condivisi. Peccato che di questa “reale presa in carico” ben poco sia (stato) effettivamente realizzato e che, anche in quei territori dove tale riorganizzazione è stata sostenuta e sperimentata, siamo ancora lontani da un’omogeneità infra-regionale anche soltanto tendenziale. Sul punto rinvio alla mia *Prefazione*, in Aa. Vv., *La nuova sanità territoriale*, cit., pp. 5 ss.
- 15 Così E. Jorio, D. Servetti, *La difficile riforma dell’assistenza primaria*, cit., p. 285.
- 16 Tra i tanti commenti recentissimi in tal senso, v. L. RICHELDI, *Noi medici e la battaglia improvvisa*, in *Vita e pensiero*, 3/2020, p. 10; sull’imprevedibilità v. A. PESSINA, *La verità, le scienze e il convitato di pietra*, *ivi*, pp. 14 ss.
- 17 Per un esempio di quanto affermato nel testo si v. il “Piano di proposte operative per la gestione sanitaria regionale della Fase 2 dell’emergenza epidemiologica da Covid-19 approvato dalla Cabina tecnica di regia di cui alla DGR 343/2020. Approvazione e conseguenti determinazioni”, allegato alla DGR n. 748/2020 del 7 agosto 2020 della Giunta regionale della Regione Valle d’Aosta, in particolare il n. 4 e i relativi allegati, in applicazione dell’art. 2 del d.-l. n. 34/2020 (conv. nella l. n. 77/2020). Il piano valdostano costituisce altresì, piuttosto che un elenco di cose da attuarsi da parte dei soggetti pubblici, una chiamata rivolta a tutti i singoli soggetti coinvolti nel sistema sanitario a fare, sino in fondo, ciascuno la propria parte. Come sempre, tuttavia, una cosa sono i Piani (il dire), altra cosa la loro attuazione (il fare)...
- 18 Per quanto concerne il numero dei posti letto di terapia intensiva (in strutture pubbliche e accreditate), è sufficiente consultare gli annuari statistici del SSN per rilevare che, tra il 1997 e 2017, esso è complessivamente aumentato, secondo un andamento che non ha mutato di segno a seguito dell’applicazione del d.m. 70/2015 e che risultava confermato (con circa 5100 posti) quando, nei primi giorni di marzo 2020, è stato avviato il piano di potenziamento che avrebbe portato quasi a raddoppiarli nel giro di alcune settimane (erano 4996 nel 2017, anno di riferimento dell’ultimo annuario disponibile, pubblicato nel 2019).
- 19 Sembra ancora tributario di un’eccessiva confidenza in tale mito il recente Rapporto del Censis su come viene fronteggiata la crisi: cfr. Fondazione Censis, *Stress test Italia. I soggetti dell’Italia che c’è e il loro fronteggiamento della crisi*, Roma, 2020, pp. 8 ss. (anche in tema di personale il Rapporto presenta talune imprecisioni; per es. il c.d. blocco del *turn-over* non è una misura generale, ma riferita esclusivamente alle regioni in piano di rientro).
- 20 Per usare il lessico di una recente riflessione sociologica: G. Balduzzi, *Territori non finiti. Spazio, luogo e società dalla globalizzazione alla pandemia*, *paper*, novembre 2020 (in corso di pubbl.).