

Piano socio-sanitario 2025-2030 per la medicina territoriale tra sostenibilità e nuove sfide



A

La situazione in Piemonte

Ludovico Davide Bisetto¹, Federica Sapino²

¹SIMG Torino; ²Infermiera (Nuclei Ospedalieri di Continuità delle Cure, NOCC) Ospedale Molinette (Torino)

Conflitto di interessi

Gli Autori dichiarano nessun conflitto di interessi.

How to cite this article:

Piano socio-sanitario 2025-2030 per la medicina territoriale tra sostenibilità e nuove sfide
33 (03):42-48.

© Copyright by Società Italiana dei Medici di Medicina Generale e delle Cure Primarie.



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

Il Piano Socio-Sanitario Regionale (PSSR) 2025-2030 rappresenta il documento programmatico di medio periodo delle Regioni e assume un duplice indirizzo: politico-strategico e tecnico-programmatorio.

Il Piano del Piemonte è orientato alla prospettiva della popolazione e pone le persone al centro della pianificazione sanitaria, rifondando il sistema regionale sui principi di universalità, equità e globalità, intesa come promozione del benessere fisico, mentale e sociale.

La *mission* consiste nel rispondere in modo inclusivo ai bisogni di salute dei cittadini, sulla base dell'analisi del contesto epidemiologico regionale¹.

Analisi dei contenuti

Il Piano si colloca in un contesto demografico caratterizzato da un marcato invecchiamento della popolazione (età media 47.9 anni) e da una crescente prevalenza di patologie croniche (41.5% dei residenti)¹. In tale scenario, il PSSR si inserisce in coerenza con le linee di indirizzo nazionali delineate dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), in particolare dalla Missione 6 - Salute, e dal Decreto Ministeriale 77/2022, che ridefinisce l'assetto dell'assistenza territoriale².

Tra gli obiettivi strategici principali emerge il rafforzamento della sanità territoriale, attraverso il progressivo superamento del modello ospedale-centrico a favore di un modello territorio-centrico, fondato sulla presa in carico proattiva della cronicità e sulla continuità dei percorsi assistenziali con potenziamento dei servizi di prossimità e rafforzamento dell'integrazione multiprofessionale.

Grazie ai finanziamenti previsti dal PNRR, il PSSR prevede la realizzazione di una rete territoriale composta da 91 Case della Comunità (CdC), 30 Ospedali

di Comunità (OdC) e 43 Centrali Operative Territoriali (COT), in raccordo con le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), il potenziamento delle cure domiciliari e la valorizzazione della figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFC)¹. Tali dispositivi organizzativi sono finalizzati a garantire una risposta assistenziale più integrata e prossima al luogo di vita del cittadino. La **Tabella 1** sintetizza il confronto tra l'assetto organizzativo preesistente e gli obiettivi di sviluppo previsti dal PSSR, evidenziando lo stato di attuazione delle principali strutture territoriali.

Le COT³

Rappresentano lo snodo organizzativo per la *governance* delle transizioni tra i diversi *setting* assistenziali. La loro funzione non consiste nell'erogazione diretta di prestazioni sanitarie né nella gestione di servizi di *front-office*, ma nel coordinamento funzionale tra i diversi nodi della rete dei servizi: ambito territoriale, ospedaliero, sociosanitario e sistema dell'emergenza-urgenza. Operando come interfaccia tecnica tra professionisti e strutture sanitarie, le COT svolgono un ruolo di ottimizzazione dei percorsi assistenziali attraverso alcune direttrici principali:

- monitoraggio attivo delle dimissioni ospedaliere, con l'obiettivo di ridurre le degenze inappropriate e il fenomeno del *bed blocking*;
- raccordo operativo tra ospedale e servizi dedicati alla salute mentale e alle dipendenze patologiche;
- strutturazione di percorsi assistenziali dedicati alla fragilità anziana, favorendo la continuità tra i diversi *setting* di cura;
- pianificazione dell'offerta ambulatoriale in coerenza con i Piani Assistenziali Individuali (PAI) dei pazienti cronici¹.

Tabella 1 - Evoluzione della rete territoriale piemontese: confronto tra assetto pre-PSSR e obiettivi del PSSR 2025-2030

STRUTTURA	MODELLO PRE-PSSR (SITUAZIONE DI PARTENZA)	OBIETTIVO DEL PSSR E STATO ATTUATIVO (DATI 2025)
Case della Comunità (CdC)	64 CdC attive (al 2020), distribuite sul territorio con una concentrazione di 25 nell'area di Torino e provincia. La loro attivazione storica deriva da precedenti sperimentazioni regionali come le "Case della Salute", spesso prive però degli standard strutturali e tecnologici ora richiesti	91 CdC come target PNRR ¹ Criticità attuale: secondo il monitoraggio AGENAS, mancano all'appello 32 strutture per raggiungere il target, evidenziando un ritardo nella conversione o costruzione dei presidi. Sfida organizzativa: le ASL devono armonizzare le nuove strutture con i 384 ambulatori territoriali esistenti. Scadenza prevista: entro il 2026
Ospedali di Comunità (OdC)	Il Piemonte disponeva già dei CAVS, circa 535 posti letto, con collocazione mista in strutture pubbliche e strutture private convenzionate	30 OdC come target PNRR. Criticità: il passaggio dal modello flessibile (CAVS a monte ore) a quello strutturale rigido (OdC standard DM 77) sta rallentando la messa a terra. Il monitoraggio nazionale segnala ritardi diffusi. Scadenza prevista: entro il 2026
Centrali Operative Territoriali (COT)	Non si citano COT operative pre-PNRR strutturate secondo il modello attuale (funzioni svolte parzialmente dai nuclei di continuità assistenziale ospedalieri)	43 COT come target PNRR. Stato attuativo: sono strutture prevalentemente organizzative e tecnologiche (software/personale), meno impattanti dal punto di vista edilizio, dunque, l'attivazione procede più spedita rispetto alle CdC, ma resta il nodo dell'integrazione reale con i MMG. Scadenza prevista: entro il 2026
Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)	Già istituite (il Piemonte è stata la prima Regione in Italia ad approvarle). Le AFT sono il modello organizzativo chiave per la Medicina Generale	Obiettivo: garantire il monitoraggio sull'estensione delle AFT su tutto il territorio regionale, assicurando la copertura assistenziale dalle 8 alle 20, 7 giorni su 7, e la loro integrazione funzionale (come <i>Spoke</i>) con le CdC Hub

1 - Cfr. D.C.R. n. 199-3824 del 22/02/2022, recante la localizzazione delle strutture di prossimità. Si precisa che il piano di investimenti adotta un modello di finanziamento misto: mentre il nucleo principale attinge ai fondi del PNRR (M6C1), le strutture eccedenti il target europeo (9 CdC e 3 OdC) sono demandate a fonti alternative nazionali, specificamente il piano investimenti INAIL o i fondi ex art. 20 della Legge 11 marzo 1988, n. 67.

Le AFT

Rappresentano uno degli elementi organizzativi centrali della riforma dell'assistenza primaria. Il modello supera la tradizionale configurazione basata sull'attività del singolo professionista, promuovendo invece un'organizzazione fondata sul lavoro di équipe multiprofessionale. L'obiettivo è garantire una maggiore continuità assistenziale e una gestione coordinata dei pazienti cronici, riducendo l'isolamento professionale e favorendo l'integrazione tra competenze diverse. Dal punto di vista dell'accessibilità, il servizio assicura una copertura oraria estesa dalle 8 alle 20, sette giorni su sette, offrendo ai cittadini un riferimento stabile per i bisogni sanitari di base. Le AFT operano attraverso gruppi multipro-

fessionali composti da Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS), IFC, assistenti sociali e specialisti ambulatoriali, favorendo un approccio integrato ai bisogni di salute della popolazione. Elemento fondamentale del modello è l'integrazione strutturale con gli altri nodi della rete territoriale, in particolare con le CdC e le COT, nonché il raccordo con la rete ospedaliera per la gestione delle dimissioni protette e dei percorsi di continuità assistenziale.

Le CdC

Costituiscono il nuovo standard organizzativo dell'assistenza territoriale introdotto dal DM 77/2022, evoluzione delle precedenti Case della Salute, di cui il Pie-

monte disponeva già di 64 strutture. La CdC svolge una duplice funzione: da un lato rappresenta un hub per l'erogazione di servizi specialistici e diagnostici di base; dall'altro costituisce un presidio di medicina d'iniziativa orientato alla prevenzione e alla gestione della cronicità. Dal punto di vista organizzativo, la struttura garantisce l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociosanitari tramite il Punto Unico di Accesso (PUA) e assicura la presa in carico dei pazienti complessi attraverso la Valutazione Multidimensionale (VMD). L'attività è affidata a équipe multiprofessionali composte da MMG, PLS, infermieri, assistenti sociali, continuità assistenziale h24 e personale di supporto. In questo modo la CdC si configura come

La promessa del PSSR: una nuova architettura territoriale



Figura 1 - Architettura della rete territoriale prevista dal PSSR 2025-2030 della Regione Piemonte

nodo di raccordo tra domicilio, territorio e ospedale¹.

Gli OdC

Rappresentano l'evoluzione della rete regionale delle cure intermedie, storicamente fondata sui posti letto di Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria (CAVS), disciplinati da specifiche deliberazioni regionali. In attuazione del DM 77/2022 e delle successive disposizioni regionali, tali strutture costituiscono il nucleo organizzativo per lo sviluppo degli OdC.

Il modello prevede una struttura ogni 100.000 abitanti, per un totale programmato di 43 OdC in Piemonte. La responsabilità clinica è affidata a un medico (MMG, specialista o medico della struttura), con possibile gestione organizzativa tramite AFT. Garantiscono una presenza medica minima di 4,5 ore al giorno per sei giorni su sette, con copertura assicurata dalla continuità assistenziale o da accordi con la rete ospedaliera, mentre l'assistenza infermieristica è garantita sulle 24 ore.

Dal punto di vista organizzativo, le strutture sono articolate in moduli standard da 20 posti letto, espandibili fino a 40 per struttura. Gli standard di personale prevedono 7-9 infermieri e 4-6 operatori socio-sanitari per modulo, oltre alla presenza di

un coordinatore infermieristico dedicato (Figura 1).

Disamina critica

Se l'impianto del PSSR è ambizioso, la sua sostenibilità concreta solleva interrogativi di rilievo. Il primo nodo riguarda le risorse. I finanziamenti PNRR coprono prevalentemente investimenti infrastrutturali e tecnologici, ma non garantiscono in modo strutturale la copertura dei costi di funzionamento a regime delle nuove strutture territoriali. L'equilibrio del modello si fonda sull'assunto che il potenziamento del territorio produca una riduzione della spesa ospedaliera, attraverso il contenimento dei ricoveri impropri e delle giornate di degenza evitabili, tale da compensare i nuovi oneri organizzativi. Si tratta, tuttavia, di una scommessa gestionale ad alto rischio: qualora il territorio non diventi pienamente operativo per carenza di personale, il sistema potrebbe trovarsi a sostenere nuovi costi senza aver ridotto quelli preesistenti. Il secondo elemento critico è rappresentato dalla crisi delle risorse umane. I dati AGENAS 2023 evidenziano in Piemonte una contrazione del personale infermieristico del 2.14% nel quadriennio 2019-2023 e un rapporto di 5.09 infermieri per 1.000 abitanti, significativamente infe-

riore alla media europea (8.26). Parallelamente, la Medicina Generale regionale è passata da 2.952 MMG nel 2019 a 2.732 nel 2023, con un rapporto di 0.75 medici per 1.000 abitanti, valore inferiore alla media nazionale e destinato a ridursi ulteriormente per effetto dell'ondata pensionistica prevista nel prossimo decennio^{4,5}. In tale scenario, l'estensione delle AFT, l'ampliamento della copertura oraria e l'operatività h24 delle strutture intermedie dipendono da un capitale professionale oggi strutturalmente fragile. In assenza di un rafforzamento concreto della Medicina Generale e dell'IFC, il rischio è quello di strutture formalmente attive ma sostanzialmente depotenziare.

Una terza criticità riguarda la *governance*. Il Piano definisce cornici strategiche e obiettivi generali, ma demanda ampi margini di declinazione operativa alle singole aziende sanitarie. Senza criteri chiari di stratificazione dei bisogni, tale impostazione può generare disomogeneità territoriali. Standard numerici calcolati per abitanti non coincidono necessariamente con equità sostanziale: territori con identica popolazione possono presentare livelli profondamente differenti di cronicità, fragilità sociale e vulnerabilità culturale⁶.

Infine, permane il nodo dell'integrazio-

ne informatica. La reale continuità assistenziale presuppone interoperabilità tra sistemi, condivisione tempestiva delle informazioni cliniche e strumenti di monitoraggio orientati agli esiti. In assenza di una governance digitale effettivamente integrata, il rischio è quello di una rete frammentata, nella quale il coordinamento resta più dichiarato che praticato.

Nel complesso, la riforma territoriale piemontese appare coerente nei principi ispiratori, ma esposta a tensioni strutturali che, se non affrontate con decisione, potrebbero limitarne la portata trasformativa.

Conclusioni e proposte operative

Alla luce delle criticità emerse, la sostenibilità del modello territoriale delineato dal PSSR non dipenderà tanto dall'apertura di nuove strutture quanto dalla capacità del sistema di organizzare in modo coerente le relazioni professionali e i processi di presa in carico. Il rafforzamento dell'assistenza di prossimità richiede infatti un passaggio culturale e organizzativo: dal semplice ampliamento dell'offerta di servizi alla costruzione di una rete realmente integrata, nella quale ciascun nodo svolga una funzione chiara e riconoscibile⁷.

In questa prospettiva, alcune linee di in-

tervento appaiono particolarmente rilevanti. In primo luogo, la programmazione territoriale dovrebbe essere maggiormente orientata alla stratificazione dei bisogni di salute, integrando indicatori epidemiologici e sociali nella pianificazione dei servizi. L'adozione di criteri che tengano conto non solo della popolazione residente ma anche dei livelli di cronicità, fragilità sociale e *health literacy* consentirebbe di orientare in modo più mirato le attività di medicina di iniziativa e di prevenzione.

Un secondo elemento riguarda l'organizzazione del lavoro multiprofessionale. In un contesto caratterizzato da risorse limitate, diventa essenziale valorizzare pienamente le competenze di ciascun professionista, evitando sovrapposizioni e dispersioni operative. Ciò implica:

- un MMG maggiormente concentrato sulla funzione clinica e sul coordinamento del percorso assistenziale;
- un IFC protagonista della presa in carico della cronicità, dell'educazione terapeutica e del monitoraggio domiciliare;
- un personale amministrativo dedicato alla gestione dei flussi informativi e delle attività organizzative.

Parallelamente, le COT possono rappresentare il punto di snodo della rete assistenziale, a condizione che siano effet-

tivamente utilizzate come strumenti di coordinamento dei percorsi tra ospedale, servizi territoriali e domicilio, favorendo la continuità delle cure e l'attivazione tempestiva degli interventi necessari.

Infine, la valutazione della riforma dovrebbe spostare l'attenzione dagli aspetti strutturali agli esiti di salute prodotti. In questa prospettiva, alcuni indicatori appaiono particolarmente significativi per misurare la reale efficacia del rafforzamento dell'assistenza territoriale:

- la riduzione delle ospedalizzazioni evitabili, soprattutto per patologie croniche gestibili in ambito territoriale;
- la tempestività della presa in carico dopo la dimissione ospedaliera, indicativa della capacità della rete territoriale di garantire continuità assistenziale;
- la diffusione dei PAI condivisi tra MMG, IFC e altri professionisti coinvolti nel percorso di cura;
- il livello di integrazione tra servizi ospedalieri, territoriali e domiciliari, anche attraverso il ruolo di coordinamento delle COT;
- il coinvolgimento attivo dei pazienti e dei caregiver nei programmi di monitoraggio e di educazione terapeutica, elemento sempre più centrale nei modelli di gestione della cronicità.

IL BIVIO: due futuri possibili per la sanità piemontese

Scenario A: l'inerzia - "gusci vuoti"



- ✗ Strutture nuove ma senza personale
- ✗ Servizi frammentati e inefficienti
- ✗ Aumento dei costi (doppia spesa)
- ✗ Fallimento degli obiettivi del PNRR

Scenario B: l'azione correttiva - "ecosistema di salute"



- ✓ Risorse allocate sui bisogni reali
- ✓ Professionisti valorizzati che lavorano in équipe
- ✓ Pazienti e comunità al centro del percorso
- ✓ Sostenibilità economica e responsabilità deontologica

Figura 2 - Il bivio della riforma territoriale piemontese: tra inerzia organizzativa e sviluppo di un ecosistema integrato di salute

Indicatori di questo tipo consentono di valutare la riforma non tanto sulla base del numero di strutture attivate, quanto sulla capacità del sistema di produrre percorsi assistenziali più continui, appropriati e orientati ai bisogni reali della popolazione.

In definitiva, la sfida della medicina territoriale piemontese non è principalmente infrastrutturale, ma organizzativa e professionale. Il territorio si rafforza creando le condizioni affinché la responsabilità della cura possa essere esercitata in modo pieno e coordinato da tutti i professionisti coinvolti. Quando questa coerenza tra modelli organizzativi, risorse disponibili e responsabilità professionali viene meno, emergono tensioni etiche e operative che incidono direttamente sulla qualità dell'assistenza. In tali circostanze il sanitario sperimenta uno scarto tra ciò che sa essere giusto fare e ciò che l'organizzazione consente concretamente di realizzare, con il rischio di generare situazioni di crescente *moral distress*.

È proprio sulla capacità del sistema di prevenire questo scarto, attraverso modelli organizzativi sostenibili e una chiara distribuzione delle responsabilità professionali,

che si misurerà la maturità della riforma territoriale. (Figura 2).

Bibliografia

1. Regione Piemonte, Giunta Regionale. Adozione del Piano sociosanitario regionale 2025-2030. Proposta al Consiglio regionale per l'approvazione. Deliberazione della Giunta Regionale 29 luglio 2025, n. 1-8208 [Internet]. Torino: Bollettino Ufficiale Regione Piemonte; 2025 [citato 25 Nov 23]. Disponibile su: <https://www.regione.piemonte.it/web/pinforma/notizie/novita-nuovo-piano-socio-sanitario>
2. CERGAS SDA Bocconi. Assessment e proposte e azioni per il Piano Socio-Sanitario della Regione Piemonte: Sintesi principali elementi [Internet]. Milano: Università Bocconi; 2025 mar 21 [citato 25 nov 23]. Disponibile su: <https://www.regione.piemonte.it/web/media/48506/download>
3. Cirio F, et al. Le Centrali Operative Territoriali: rischio di sovrastrutture vuote. L'esperienza positiva dell'ASL Città di Torino [Internet]. Welforum.it; 2025 Ott 23 [citato 2025 Nov 24]. Disponibile su: <https://www.welforum.it/le-centrali-operative-territoriali-rischio-di-sovrastrutture-vuote/>
4. Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS). Il personale del Servizio Sanitario Nazionale: Dati 2023 [Internet]. Roma: AGENAS; 2025 set [citato 25 nov 2025]. Disponibile su: <https://www.agenas.gov.it>
5. Musto D, et al. 10 numeri sul personale nella sanità pubblica piemontese [Internet]. Torino: IRES Piemonte; 2019 lug [citato 25 nov 2025]. (Note brevi sul Piemonte; n. 8/2019). Disponibile su: www.ires.piemonte.it
6. Costa G. La metrica di salute per guidare e valutare le innovazioni nel PNRR. Sistema Salute. 2024;68(4):497-508. doi: 10.48291/SISA.68.4.7.
7. PNRR. Gimbe: "Al 4° trimestre 2024 raggiunta unica scadenza europea sulle Cot, ma senza infermieri rischiano di diventare scatole vuote" [Internet]. Roma: Quotidiano Sanità; 2025 gen 24 [citato 25 nov 2025]. Disponibile su: https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=127172

B

Una riforma ancora tutta da realizzare

Claudio Cricelli

SIMG Presidente Emerito - HEI Health Ecosystem Institute

1 • Un punto di osservazione che vale la pena leggere

L'articolo di Ludovico Davide Bisetto e Federica Sapino fa una cosa che oggi si fa troppo poco: legge un piano regionale dall'interno della pratica clinica. Non lo commenta dalla scrivania di un osservatorio, ma dal punto di vista di chi le CdC le dovrà far funzionare, di chi nei Nuclei Ospedalieri di Continuità delle Cure (NOCC) ci lavora ogni giorno. Si vede dal modo in cui sono trattati gli OdC, le COT, le AFT: come oggetti reali, non come acronimi.

L'analisi che ne esce è precisa. I quattro nodi indicati - sostenibilità del finanziamento a regime, carenza di personale, governance frammentata, integrazione informatica - sono i nodi giusti. La chiusura sul *moral distress* è anche più importante: dice che il problema non è solo organizzativo,

ma riguarda lo scarto fra ciò che il professionista sa di dover fare e ciò che il sistema gli permette di realizzare. È una verità che tutti riconoscono ma che pochi mettono per iscritto.

Detto questo, l'articolo va proiettato. Una buona fotografia di un piano regionale, oggi, non basta. Il PSSR del Piemonte 2025-2030 esce in un momento in cui la cornice nazionale che lo sorregge sta per cambiare in modo radicale. Discutere il PSSR senza discutere quello che succederà nei prossimi dodici mesi significa rischiare di analizzare un quadro che fra poco non ci sarà più.

2 • Il problema vero: una riforma nazionale che cambia tutto

Quello che sta arrivando non è una manutenzione del modello attuale. È una revisione radicale del modello operativo e profes-

sionale della Medicina Generale italiana. La cornice non è regionale, è nazionale. Le Regioni la dovranno declinare, ma le scelte di fondo si fanno a Roma, e si fanno adesso. Quattro grandi cantieri sono aperti contemporaneamente, e nessuno è ancora chiuso:

► **Il decreto Schillaci.** Il governo punta a portarlo in Consiglio dei Ministri entro maggio 2026, spaccato in due tronconi (decreto-legge per la parte urgente, disegno di legge per la parte strutturale) per non perdere la scadenza PNRR del 30 giugno. Il punto centrale è il doppio canale: convenzione riformata accanto a una dipendenza pubblica su base volontaria. La bozza prevede una presenza obbligatoria del MMG nelle CdC (l'ipotesi più discussa è di 6 ore settimanali), un sistema di remunerazione legato meno

al numero di assistiti e più agli obiettivi e alle prestazioni effettive, e una specializzazione universitaria in Medicina Generale. Il confronto con Regioni, sindacati di categoria e Ordini è in fase di scontro aperto.

- **L'ACN e le AFT.** Il nuovo ACN entrato in vigore il 1° gennaio 2025 ha già introdotto il ruolo unico di assistenza e le 38 ore settimanali. Le AFT diventano l'unità organizzativa obbligatoria. Ma l'AIR del Piemonte (firmato il 21 maggio 2024) è antecedente alla riforma Schillaci, e una sua revisione sarà inevitabile.
- **La riforma del SSN** (DDL A.S. 1825). Il pacchetto di riforma del SSN è in discussione parlamentare. Tocca governance, rapporti Stato-Regioni, autonomia regionale differenziata. Se passa nella forma attuale, modifica i margini di manovra dei PSSR.
- **La riforma delle professioni sanitarie.** Riguarda infermieri (compiti avanzati, IFC, modello scozzese), farmacisti (pharmacy services), psicologi delle cure primarie, OSS. È la riforma su cui si deciderà se le CdC avranno il personale per funzionare o se resteranno - come dice AGENAS - cattedrali nel deserto.

Nessuna di queste quattro partite si chiuderà nell'arco di pochi mesi senza tensioni. Ma anche se passassero domani, sposterebbero il piano di gioco in modo netto. Un PSSR che non incorpori questi scenari evolutivi è già vecchio il giorno dopo la sua pubblicazione.

3 • Le scelte di fondo che non si possono più rinviare

Su tre punti, soprattutto, occorre prendere posizione adesso, prima che le scelte vengano fatte altrove e ricadano sui territori come fatti compiuti.

Prossimità o accentramento?

Il Piemonte ha programmato 91 CdC per 4.25 milioni di abitanti. È un buon numero, ma la domanda vera è un'altra: queste 91 strutture servono ad avvicinare il servizio al cittadino o a centralizzare in pochi punti quello che oggi sta distribuito in circa 2.700 studi di Medicina Generale?

La differenza è enorme. Una rete di prossimità si costruisce sopra gli studi esistenti, potenziandoli; un sistema accentrato li sostituisce con poche strutture grandi, geograficamente distanti per chi vive nelle aree interne, nelle valli alpine, nelle colline del Monferrato o delle Langhe. La nostra posizione è chiara: la riforma deve essere di prossimità e di capillarità, non di concentrazione. Lo studio del MMG resta il primo



nodo della rete. Le CdC si aggiungono come hub specialistici e di servizi complessi, non sostituiscono la capillarità del territorio. Senza questa scelta esplicita, le CdC rischiano di essere strutture vuote in alcune ore e congestionate in altre, mentre gli studi dei MMG si spopolano senza essere rimpiazzati.

Quale dotazione professionale, quale strumentazione, quali investimenti?

La riforma di prossimità funziona se ogni studio - o ogni équipe di studi associati - dispone di:

- personale di studio stabile (collaboratore amministrativo, IFC almeno part-time);
- dotazione diagnostica di base direttamente nello studio (ECG, spirometria, ecografo, point-of-care per glicemia, INR, troponina, marker infiammatori);
- collegamento telematico stabile con il FSE 2.0, con la COT, con lo specialista di riferimento tramite teleconsulto;
- piattaforma di telemonitoraggio per scompenso, BPCO, diabete complicato.

Questa dotazione costa. Stimiamo, in media, attorno ai 30-40.000 euro di investimento iniziale per studio e attorno ai 60-80.000 euro annui di costo di esercizio per personale e manutenzione. Sono cifre piccole se confrontate ai costi di una CdC completa, ma vanno previste, finanziate e contrattualizzate. Senza una decisione

esplicita su questo punto, la riforma resta a metà: tante strutture nuove e tanti studi MMG sotto-attrezzati come venti anni fa.

Quale tempo dedicato del MMG alle CdC, quale ruolo?

Il punto è dirimente. La bozza Schillaci parla di 6 ore settimanali obbligatorie nelle CdC. Ma sei ore per fare cosa? Tre scenari sono possibili, e ciascuno produce un modello diverso di Medicina Generale:

Scenario A

ambulatorio fra altri ambulatori.

Il MMG fa visita generale nella CdC come un qualunque ambulatorio aggiunto. Questa è la lettura più semplice ma anche la più povera: trasforma il MMG in un esecutore di prestazioni delocalizzate e svuota lo studio territoriale.

Scenario B

presa in carico della cronicità complessa.

Il MMG nella CdC si occupa di multimorbidità complessi, PAI, transizioni ospedale-territorio, con accesso diretto a specialista e diagnostica. Lo studio resta il punto di primo contatto, la CdC è il livello di approfondimento. Questo è il modello che noi sosteniamo.

Scenario C

coordinamento di AFT/équipe.

Il MMG nella CdC svolge un ruolo di coordinamento clinico e organizzativo dell'AFT, supervisione di personale infermieristico,

OSS, specialistica leggera. È un ruolo da medico-coordinatore, richiede formazione specifica e una remunerazione dedicata. Non sappiamo ancora quale dei tre scenari verrà scelto. Sappiamo però che la differenza fra scenario A e scenari B-C cambia tutto: la formazione necessaria, il contratto, il sistema di incentivi, la sostenibilità del modello. Tacere su questo punto - come fa il PSSR del Piemonte, che si limita a richiamare il DM 77 senza pronunciarsi - significa accettare passivamente che lo scenario sarà quello deciso dal decreto nazionale, qualunque esso sia.

4 • Una cornice nazionale, ma con forti adattamenti regionali

La nostra posizione, sviluppata in questi mesi nei dieci documenti regionali EA-SE-CEA elaborati fra Trentino, Marche, Piemonte, Lombardia, Liguria, Umbria, Abruzzo, Molise, Basilicata e Veneto-FVG, è che la riforma deve essere nazionale nei principi e fortemente regionale nelle modalità. Il Piemonte non è la Lombardia, e nessuno dei due è la Calabria. Tre esempi rapidi:

Densità abitativa. Una CdC a Torino città serve un bacino di 50.000 persone in tre chilometri. La stessa CdC in Val d'Ossola o nelle Langhe serve lo stesso numero ma su settecento chilometri quadrati di territorio montano. Standard identici producono risultati opposti.

Capacità professionale residua. Il Piemonte ha perso 220 MMG fra 2019 e 2023 e ne perderà altri 480 entro il 2030 (stima FIMMG). La pianura padana centrale ha più cardiologi territoriali che pneumologi; le valli alpine non hanno nessuno dei due. Le scelte di dotazione professionale vanno calibrate sul carico clinico atteso, non sulla popolazione media.

Tradizione organizzativa locale. Il Veneto ha una storia trentennale di Medicine di Gruppo Integrate. Il Piemonte ha 64 Case della Salute preesistenti. La Lombardia ha le ASST. Le AFT non possono essere innestate ovunque con lo stesso schema: vanno costruite sopra il sedimento organizzativo esistente, non imposte come modello unico. Per questo l'articolo Bisetto-Sapino sul Piemonte è prezioso ma non sufficiente: serve replicare lo stesso lavoro di analisi clinico-territoriale per ogni regione, e poi confrontare i risultati. È un compito che SIMG, con la sua rete di sezioni regionali, è probabilmente l'unica società scientifica italiana in grado di fare.

	Proposta	Contenuto operativo
1	Difendere la prossimità	Riconoscimento esplicito che lo studio MMG resta il primo nodo della rete. Le CdC si aggiungono come hub specialistico, non sostituiscono la capillarità.
2	Investire negli studi esistenti	Piano nazionale di dotazione: personale di studio, infermiere di famiglia, strumentazione diagnostica di base, telemonitoraggio, FSE 2.0 popolato. Stima: 30-40k investimento per studio + 60-80k annui di esercizio.
3	Definire il ruolo MMG nelle CdC	Scegliere esplicitamente lo scenario B (presa in carico della cronicità complessa) o C (coordinamento AFT), non lasciare che si scivoli nello scenario A (ambulatorio delocalizzato).
4	Lavorare sui contratti	AIR Piemonte da rivedere dopo Schillaci. Doppio canale convenzione/dipendenza da declinare regionalmente. Remunerazione mista (capitaria + obiettivi + presa in carico).

5 • Quattro proposte concrete, in attesa che si decida

Nessuno può dire oggi come si chiuderanno le quattro grandi partite nazionali. Possiamo però indicare quattro direzioni di lavoro che restano valide in qualunque scenario, e che il movimento professionale della Medicina Generale dovrebbe fare proprie da subito. Queste quattro direzioni non si oppongono al PSSR del Piemonte. Lo rendono praticabile. Il rischio, altrimenti, è quello che l'articolo Bisetto-Sapino segnala bene: una riforma di intenzione che si scontra con una realtà di personale che non c'è, contratti che non ci sono ancora, scelte nazionali che arrivano in ritardo.

6 • In conclusione

L'articolo di Bisetto e Sapino è un ottimo spunto di riflessione. La sua forza è la lettura ravvicinata. Il suo limite, oggi, è che fotografa un piano regionale come se la cor-

nice nazionale fosse ferma. La cornice non è ferma: si sta muovendo proprio adesso, e nei prossimi dodici mesi cambierà in modo rilevante.

Il nostro compito - come società scientifica, come ricerca, come pratica clinica - è proiettare l'analisi su scenari evolutivi reali. Sapere che il Piemonte deve costruire 30 OdC è importante; sapere che fra dodici mesi il MMG potrebbe avere un contratto diverso, una presenza obbligatoria nelle CdC, una nuova remunerazione, una nuova specializzazione universitaria è altrettanto importante.

Le quattro proposte indicate sopra non sono un'alternativa al PSSR. Sono il modo per renderlo compatibile con ciò che sta arrivando. Discutere il piano del Piemonte vuol dire, oggi, discutere il modello operativo della Medicina Generale italiana nel suo insieme. Ed è una discussione che non possiamo più rimandare.