

Cerca nel sito

15 Maggio 2026 12:19

quotidiano **sanità**.it

Lettere al direttore

Cronache Governo e Parlamento Regioni e Asl Lavoro e Professioni Scienza e Farmaci Studi e Analisi Lettere al direttore
Edizioni Regionali QS Pro Professionisti Sanitari. AI

[QS Club Newslet](#)

[QS» Lettere al direttore](#)» Riforma dell'assistenza territoriale: quali sono i reali benefici per cittadini e pazienti?



Stampa

Riforma dell'assistenza territoriale: quali sono i reali benefici per cittadini e pazienti?



Gentile direttore, la bozza della riforma risponde a un'esigenza reale. Tuttavia, è troppo centrata su assetti professionali e contrattuali e degli obblighi per i medici mentre rimane carente sulla definizione delle responsabilità attuative e della esigibilità dei diritti dei cittadini: tempi di risposta, continuità della relazione di

cura, qualità dei servizi.

Gentile direttore,

la letteratura internazionale associa sistemi di cure primarie più forti a miglioramento degli esiti di salute, riduzione della mortalità evitabile, maggiore equità di accesso e riduzione delle disuguaglianze di salute nella popolazione[[1](#)]. Risultati ottenuti grazie al miglioramento di quattro elementi chiave: primo contatto/accessibilità, continuità delle cure, coordinamento e comprensività della presa in carico. Inoltre, il paradigma OMS dei servizi integrati e centrati sulle persone prevede che i sistemi sanitari si spostino da modelli organizzati intorno a malattie e istituzioni verso modelli organizzati intorno ai bisogni delle persone, garantendo equità di accesso, qualità, tempestività, coordinamento, partecipazione e accountability[[1](#)].

La bozza della riforma per la medicina generale presenta alcuni potenziali vantaggi. Introduce un obbligo minimo misurabile nelle Case di Comunità (6 ore settimanali per 48 settimane/anno), collega la quota oraria ai bisogni territoriali, sposta l'ACN da una logica prevalentemente contrattuale a una organizzativa e di presa in carico, prevede una remunerazione più coerente con presa in carico, prevenzione, organizzazione e risultati, introduce un canale di dipendenza complementare per coprire vuoti assistenziali, riconosce la necessità di una formazione specialistica universitaria in Medicina territoriale, di comunità e delle cure primarie e prevede un monitoraggio nazionale multidimensionale. Tuttavia, provando a rileggere il testo concentrando l'attenzione sui bisogni di cittadini e pazienti emergono numerose criticità, che non riguardano solo l'assetto giuridico dei professionisti, ma soprattutto ciò che il cittadino potrà effettivamente esigere dalla riforma dell'assistenza territoriale.

Diritti esigibili per cittadini e pazienti non definiti. Il testo dice molto su canale convenzionale,

Gli speciali



Sanità digitale per garantire più salute e sostenibilità. Ma servono standard e condivisione

[Tutti gli speciali](#)

I più letti

[7 giorni][30 giorni]



Hantavirus. L'Iss fa il punto: "Rischio per l'Italia molto basso, ma attenzione ai roditori"



Hantavirus. Dubbi sulle modalità di trasmissione. Nel 2020 uno studio argentino parlava di aerosol



Aviaría H5N1. Primo caso di trasmissione da gatto domestico a uomo. Lo studio dei Cdc: "Veterinario asintomatico, ma con anticorpi"



Hantavirus. Il focolaio sulla nave da crociera e l'Argentina come epicentro silenzioso di un'epidemia che uccide un malato su tre



Hantavirus. L'Oms aggiorna le indicazioni e stringe le maglie del monitoraggio: 42 giorni di sorveglianza attiva per i contatti ad alto rischio

dipendenza, ACN, programmazione regionale, titoli di accesso, comandi, distacchi e remunerazione. Ma non definisce con la stessa precisione cosa debba ricevere il cittadino: tempi massimi di risposta, orari minimi effettivi di apertura clinica, accesso telefonico e digitale, criteri per urgenze differibili, presa in carico proattiva, continuità con il medico di riferimento, visite domiciliari, collegamento con 116117, COT, infermiere di famiglia e servizi sociali. La principale debolezza della bozza è proprio questa: non traduce la riforma in prestazioni esigibili.

Le sei ore settimanali: una soglia simbolica? Le sei ore settimanali di servizio che ogni medico o pediatra possono essere un primo aggancio organizzativo, ma non garantiscono di per sé una copertura assistenziale coerente con gli standard delle Case della Comunità definiti dal DM 77, né tantomeno accessibilità, continuità e gestione strutturata di pazienti cronici e fragili. Il testo dovrebbe chiarire come la somma delle ore dei professionisti si traduca in presenza medica, infermieristica e multiprofessionale continuativa, programmata e misurabile. Il DM 77 prevede che le Case della Comunità hub siano aperte 24/24 ore e 7/7 giorni come luogo fisico di facile individuazione per bisogni sanitari e sociosanitari: il gap tra gli ambiziosi standard e la quota minima di sei ore non è colmata dalla bozza.

Manca una definizione operativa di "presa in carico". La bozza cita la presa in carico strutturata dei pazienti cronici e fragili, ma non si allinea al Progetto di salute previsto dal DM 77: stratificazione della popolazione, criteri di eleggibilità, piano assistenziale individuale, case manager, follow-up programmato, indicatori di processo e di esito, integrazione con assistenza domiciliare, raccordo con specialistica ambulatoriale, riconciliazione terapeutica, coinvolgimento del caregiver, revisione periodica degli obiettivi. Senza questi elementi, il concetto di "presa in carico" rischia di rimanere una formula amministrativa: il paziente risulta assistito, ma senza avere garantito un percorso coordinato e verificabile.

La continuità della relazione medico-paziente non è protetta in modo esplicito. L'articolo 4 consente al medico dipendente di svolgere funzioni analoghe al medico convenzionato, inclusa l'attività a rapporto fiduciario, ma non definisce come preservare la continuità relazionale in modelli misti, turnazioni, équipe e Case della Comunità. Questo è un punto critico perché le evidenze scientifiche documentano che la continuità di cura è associata a migliori esiti, maggiore soddisfazione, migliore aderenza, minore uso dei servizi ospedalieri e, in varie revisioni, a minore mortalità[[iii](#)].

Il monitoraggio misura attività più che valore per il paziente. Gli indicatori dell'articolo 7 includono elementi importanti, ma sono ancora sbilanciati su output organizzativi: ore svolte, incarichi coperti, turni, numero di pazienti presi in carico, uso di FSE e telemedicina. Mancano indicatori di esito e di esperienza del paziente: tempi di attesa per contatto e visita, percentuale di assistiti senza medico, continuità con il professionista di riferimento, accessi al Pronto Soccorso per condizioni che dovrebbero essere gestite dalle cure primarie, ricoveri evitabili, aderenza ai PDTA, controllo di diabete/BPCO/scompenso/ipertensione, vaccinazioni, screening, *patient-reported experience measures* (PREMs), *patient-reported outcome measures* (PROMs), reclami, rinunce alle prestazioni sanitarie, disuguaglianze territoriali.

La pubblicazione trasparente dei dati di monitoraggio non è prevista. La bozza attribuisce il monitoraggio al Ministero, d'intesa con Regioni e Province autonome, ma non prevede un cruscotto pubblico nazionale, con dati aperti aggiornati almeno trimestralmente e disaggregati per Regione/Azienda/Distretto/Casa della Comunità, benchmark nazionali, obiettivi minimi e conseguenze in caso di mancato raggiungimento. Per i cittadini, il monitoraggio è utile solo se garantisce trasparenza pubblica e accountability: sapere che un indicatore esiste non basta, se non è conoscibile, confrontabile e usabile per segnalare e correggere ritardi e disuguaglianze.

La clausola di invarianza finanziaria è il punto molto fragile. L'articolo 8 prevede l'attuazione nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, salvo successive autorizzazioni di spesa. Questa formulazione non tutela i pazienti perché la piena operatività delle Case della Comunità richiede personale, tecnologie interoperabili, supporto amministrativo, infermieri di famiglia/comunità, specialistica ambulatoriale, COT, assistenza domiciliare, formazione, audit e sistemi di valutazione. Il PNRR sostiene infrastrutture, tecnologie e parte della trasformazione organizzativa e la legislazione vigente ha previsto risorse correnti per il potenziamento del personale. Resta però da dimostrare che le risorse siano sufficienti, vincolate e

disponibili per rendere operative le funzioni previste dalle Case della Comunità.

La programmazione regionale rischia di ampliare le disuguaglianze. La bozza affida alle Regioni la modulazione degli obblighi, la definizione di sedi, funzioni, priorità e dell'eventuale canale dipendente. Questo è fisiologico nel quadro costituzionale, ma è accettabile solo se avviene oltre una soglia nazionale minima uniforme, senza sostituirla. Ovvero, per i cittadini è rischioso non fissare una soglia nazionale uniforme di diritti e servizi esigibili: tempi di risposta, dotazioni professionali minime, servizi disponibili, orari, criteri di priorità, indicatori e livelli di performance.

La bozza non disciplina in maniera adeguata il rapporto tra Casa della Comunità, studi dei medici e domicilio. Il testo insiste sull'attività nelle Case della Comunità, ma non chiarisce come questa si integri con lo studio del medico di medicina generale, l'assistenza domiciliare, l'infermiere di famiglia/comunità, la COT, la specialistica ambulatoriale e il 116117. Per molti pazienti fragili, anziani, non autosufficienti o residenti in aree interne, la prossimità non coincide con "andare alla Casa della Comunità", ma con ricevere risposte coordinate in rete secondo i bisogni di salute.

Il canale della dipendenza è potenzialmente utile, ma non garantisce copertura. La bozza definisce la dipendenza come canale residuale, complementare, selettivo e programmato. Nell'interesse dei pazienti, la residualità è accettabile solo se esiste una clausola di salvaguardia: ovvero, quando il canale convenzionale non assicura copertura del territorio, continuità o funzioni minime, l'azienda sanitaria deve poter attivare soluzioni alternative, con responsabilità esplicite per garantire tempi compatibili con i bisogni assistenziali.

L'elenco delle specializzazioni per il canale della dipendenza rischia di snaturare la medicina generale. L'articolo 5 consente l'accesso al canale della dipendenza a una lunga serie di specialisti: internisti, geriatri, pneumologi, diabetologi, cardiologi, medici d'emergenza, nefrologi, reumatologi, endocrinologi, oncologi, etc. Questo può aiutare a coprire carenze temporanee o funzioni specifiche, ma rischia di confondere cure primarie e specialistica territoriale: il paziente con multimorbidità ha bisogno di professionisti con competenze generaliste, longitudinali e coordinate, non solo di competenze specialistiche settoriali. Ovvero, il rischio non è la presenza di specialisti in sé, ma che il canale della dipendenza venga usato per sostituire competenze generaliste con competenze settoriali.

Il ricorso ai medici in quiescenza è una soluzione tampone. La possibilità di attribuire fino al 31 dicembre 2027 funzioni di assistenza primaria e continuità assistenziale a medici in quiescenza può essere una soluzione emergenziale ma non garantisce formazione, attrattività, distribuzione territoriale, lavoro in équipe, digitalizzazione, presa in carico e continuità nel medio periodo. La misura dovrebbe essere accompagnata da un piano esplicito di uscita, con obiettivi annuali di reclutamento, formazione e copertura delle zone carenti.

L'estensione dell'età pediatrica fino a 16 anni può migliorare la continuità, ma rischia di aumentare la pressione sui pediatri e non è praticabile a invarianza finanziaria. La previsione che l'iscrizione al pediatra di libera scelta arrivi fino al compimento del sedicesimo anno, elevabile a diciotto anni dalle Regioni, può favorire continuità assistenziale nell'adolescenza. Il rischio, però, è che in territori con carenza di pediatri questa scelta aumenti le liste degli assistiti e riduca la disponibilità per i bambini più piccoli, se non è accompagnata da una valutazione del fabbisogno, da standard di accesso e da un adeguamento reale delle risorse. Inoltre, non è compatibile con l'invarianza finanziaria, in quanto comporta un fabbisogno economico aggiuntivo da stimare sulla base delle quote capitarie previste dagli ACN vigenti, della distribuzione per età degli assistiti e della disponibilità territoriale dei PLS.

Manca una disciplina esplicita della partecipazione dei cittadini. La bozza non prevede strumenti di coinvolgimento di cittadini, pazienti, caregiver e comunità nella programmazione, valutazione e miglioramento delle Case della Comunità. Questo è incoerente con il paradigma OMS centrato sulle persone, che include partecipazione, responsabilità e co-produzione dei servizi. La partecipazione dei cittadini non può essere un principio generale: servono comitati consultivi, audit pubblici, consultazioni periodiche e integrazione sistematica di PREMs e reclami nei processi di miglioramento.

In definitiva, il rischio principale è che la riforma migliori l'architettura formale dell'assistenza

territoriale senza trasformarla in diritti esigibili: tempi di risposta, continuità della relazione di cura, presa in carico documentata, dati pubblici, risorse vincolate e responsabilità attuative. Senza questi elementi, l'obbligo di presenza nelle Case della Comunità può restare un adempimento organizzativo, non un miglioramento misurabile per cittadini e pazienti.

Nino Cartabellotta

Presidente Fondazione GIMBE

Bibliografia

[1] Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q 2005;83:457-502. www.milbank.org/quarterly/articles/contribution-of-primary-care-to-health-systems-and-health/

[1] World Health Organization. Integrated people-centred care. Disponibile a: www.who.int/health-topics/integrated-people-centered-care

[1] Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, et al. Continuity of care with doctors-a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. BMJ Open 2018;8:e021161.

Disponibile a: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/8/6/e021161.full.pdf>

[i] Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q 2005;83:457-502. www.milbank.org/quarterly/articles/contribution-of-primary-care-to-health-systems-and-health/

[ii] World Health Organization. Integrated people-centred care. Disponibile a: www.who.int/health-topics/integrated-people-centered-care

[iii] Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, et al. Continuity of care with doctors-a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. BMJ Open 2018;8:e021161.

Disponibile a: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/8/6/e021161.full.pdf>

di Nino Cartabellotta

15 Maggio 2026

© Riproduzione riservata

Potrebbe interessarti in Lettere al direttore



Case di Comunità. Non solo non siamo ostili ma ci vogliamo entrare e contribuire pure alle spese

Gentile Direttore, come tutti i medici di famiglia marchigiani assisto attonito alla surreale proposta di riforma per cui la risposta alla copertura delle Case di Comunità andrebbe trovata in canali alternativi...



Quale psicologia nelle Case della Comunità?

Gentile Direttore, le Case della Comunità nascono per avvicinare il Servizio Sanitario Nazionale alla vita quotidiana delle persone. Non sono semplici contenitori edilizi né nuovi poliambulatori territoriali: sono il luogo in...



Bozza di Decreto legge assistenza primaria



territoriale: con queste misure si rischia di stravolgere la Medicina Generale

Gentile Direttore, la bozza di decreto-legge sul «Riordino dell'assistenza primaria territoriale, della medicina generale e della pediatria di libera scelta», elaborata dal Coordinamento tecnico della Commissione Salute della Conferenza delle...



Suicidio assistito, il paradosso di un diritto riconosciuto ma non erogabile

Gentile Direttore, le cure palliative nascono negli anni Sessanta dall'esperienza di Cicely Saunders e dalla fondazione del St Christopher's Hospice di Londra. Saunders, prima infermiera e poi medico, sviluppò una...

Edizioni Regionali

Abruz **Vene** **Piem** **di** **Valle**
Basili **Giulia** **Provi** **Trent** **D'Ao**
Calab **Lazio** **Autor** **Pugli** **Vene**
Camp **Liguri** **di** **Sarde**
Emili **Lomb** **Bolza** **Sicili**
Roma **Marc** **Provi** **Tosca**
Friuli **Molis** **Autor** **Umbr**

sanità

Quotidiano online
d'informazione sanitaria

Direttore responsabile

Luciano Fassari

Direttore editoriale

Francesco Maria Avitto

Sede legale e operativa:
Via della Stelletta, 23, 00186 - Roma

Sede operativa:
Via Luigi Galvani, 24, 20124 - Milano

Tel: (+39) 06 45209 715
Email: info@homnya.com

Coordinamento Pubblicità
commerciale@homnya.com

Redazione
redazione@homnya.com



Copyright 2013-2026 © Homnya
Srl
Tutti i diritti sono riservati

P.I. e C.F. 13026241003

Iscrizione al ROC n.34308
Iscrizione Tribunale di Roma
n.115/2013 del 22/05/2013

Riproduzione riservata

[Privacy Policy](#)

[Cookie Policy](#)

[Accessibilità](#)