



Comunicato Stampa

La sanità territoriale non si riforma aumentando le ore di apertura. Il problema è il modello

**di Filippo Costantini Medico di medicina generale
 Vice Segretario Regionale Umbria
 Sindacato Medici Italiani (SMI)**

Gentile Direttore,

il 30 giugno 2026 l'Italia ha raggiunto il target PNRR, con l'attivazione di 1.038 Case della Comunità. È un risultato importante, ma una struttura aperta non coincide necessariamente con un servizio territoriale efficace. Il monitoraggio AGENAS al 31 dicembre 2025 mostrava che, su 1.715 Case programmate, 781 avevano almeno un servizio attivo e solo 66 tutti quelli obbligatori. La riforma va quindi valutata distinguendo struttura, processo ed esito.

Il problema manageriale non è aumentare le ore di offerta, ma stabilire quale professionista debba svolgere quale attività, dove e con quale valore aggiunto. Tre criticità sono centrali.

Il DM 77 prevede per le Case hub bacini di 40.000-50.000 abitanti, mentre circa il 70% dei Comuni italiani ha meno di 5.000 residenti. Nelle aree interne ciò significa aggregare territori vasti, chiedendo spesso di spostarsi proprio ai pazienti anziani, fragili e con multimorbilità. La prossimità deve quindi essere misurata attraverso distanze, tempi di percorrenza, domiciliarità e accessibilità reale.

Tra il 2019 e il 2024 l'Italia ha perso 5.197 MMG; la fondazione GIMBE stima una carenza superiore a 5.700 medici e 8.180 pensionamenti potenziali entro il 2028. Chiedere agli stessi professionisti ulteriori ore nelle Case della Comunità non crea automaticamente capacità assistenziale: se resta invariata la responsabilità sulla popolazione, molte attività vengono semplicemente differite. Presenza aggiuntiva e capacità aggiuntiva non sono equivalenti.

La continuità va tutelata: una revisione sistematica pubblicata sulla rivista scientifica, BMJ Open, ha rilevato in 18 studi su 22 un'associazione tra maggiore continuità delle cure e minore mortalità. L'OMS Europa nel 2026 ha indicato la continuità relazionale come elemento centrale della primary care. Non è nostalgia per il vecchio medico di famiglia: è una tecnologia organizzativa.

Infine, l'Hub & Spoke. In ospedale serve a concentrare casistica, tecnologie e competenze; le cure primarie hanno invece elevata frequenza dei contatti e complessità soprattutto longitudinale. Qui il valore deriva da prossimità, continuità e coordinamento. La Casa della Comunità deve essere un nodo della rete: al centro resta il percorso del paziente.

Conclusa la rendicontazione PNRR, bisogna passare dai KPI (Key Performance Indicator, o indicatori chiave di prestazione) di presenza ai KPI di processo ed esito: pazienti cronici inseriti nei PDTA, continuità, accessi evitabili in pronto soccorso, ricoveri evitabili, riammissioni, assistenza domiciliare, presa in carico dopo la dimissione e accessibilità nelle aree interne.

Soprattutto, occorre investire nel capitale umano: programmare il personale sulla domanda assistenziale, costruire veri team multiprofessionali e utilizzare il medico dove il suo tempo produce maggiore valore clinico. La medicina generale deve, inoltre, entrare pienamente nell'università attraverso una Scuola di Specializzazione in Medicina Generale e Dipartimenti Universitario-Territoriali che integrino università, SSN e professionisti, trasformando studi MMG, AFT e Case della Comunità in reti per assistenza, didattica e ricerca real-world.

Non serve scegliere tra studio del medico e Casa della Comunità. Serve una rete distribuita di studi, AFT, spoke, hub, domiciliarità, specialistica e ospedale, collegata intorno allo stesso percorso assistenziale. Il PNRR ha costruito le infrastrutture; ora il successo va misurato attraverso salute prodotta, accessibilità, continuità e appropriatezza, non soltanto edifici aperti e ore coperte.

Perugia, 11 agosto 2026

Ufficio Stampa