

Il nuovo piano socio-sanitario piemontese: un documento ambizioso per una sanità in cerca di direzione

BARBARA GAGLIARDI^[1]

1. Premessa

Dopo oltre un decennio, il Piemonte torna a dotarsi di un Piano socio-sanitario regionale. Il documento, approvato dal Consiglio regionale a fine 2025, si propone di delineare le strategie di sviluppo del sistema sanitario per il periodo 2025-2030, offrendo una cornice programmatica unitaria dopo una lunga fase caratterizzata da interventi frammentati e settoriali^[2].

A prescindere dall'analisi di dettaglio dei molteplici contenuti del piano, l'adozione rappresenta di per sé un elemento positivo. L'ultimo Piano risaliva infatti al 2012 e, pur configurandosi formalmente come un atto programmatico organico, si collocava in un contesto segnato da vincoli finanziari stringenti e da obiettivi prevalentemente correttivi. Più in generale, a partire dalla metà degli anni Novanta, la pianificazione sanitaria piemontese si è sviluppata lungo una traiettoria di sostanziale continuità, raramente orientata a introdurre innovazioni di carattere strutturale.

Il piano approvato nel dicembre 2025 si distingue, invece, per un'ambizione dichiarata più ampia, proponendosi di definire «priorità, risorse e strategie» per rispondere ai bisogni di salute della popolazione regionale. L'impostazione è inclusiva: il documento richiama, infatti, le principali direttrici di riforma emerse nel dibattito scientifico e istituzionale degli ultimi anni, dall'approccio *One Health*, al potenziamento dell'assistenza territoriale, dalla medicina di genere all'impiego dell'intelligenza artificiale, dall'edilizia sanitaria alle politiche di prevenzione.

2. La rete come modello organizzativo

All'interno di questo quadro articolato emergono alcune idee forti che appaiono destinate a orientare le future scelte attuative. Tra queste, la nozione di rete si configura come vero architrave del modello organizzativo delineato dal piano. Che si tratti di reti clinico-assistenziali, ospedaliere, interaziendali, farmaceutiche o sociosanitarie, il riferimento al modello reticolare riflette la crescente complessità determinata dalle trasformazioni demografiche ed epidemiologiche in atto.

In un contesto caratterizzato dall'invecchiamento della popolazione - particolarmente accentuato in Piemonte^[3] - e dall'aumento delle condizioni di cronicità e multimorbilità, l'organizzazione tradizionale in silos mostra evidenti limiti. Il funzionamento in parallelo di unità operative reciprocamente autonome espone, infatti, al rischio di frammentazione dei percorsi di cura e di disomogeneità nell'accesso alle prestazioni, con possibili ricadute negative sia in termini di efficacia clinica sia di equità territoriale.

L'adozione di modelli a rete risponde a tali criticità, consentendo di concentrare le competenze specialistiche in centri di riferimento, individuati specialmente in ragione della complessità della casistica trattata, sviluppando al contempo una diffusione capillare dei servizi sul territorio^[4]. Tutto ciò con il conseguimento di economie di scala, particolarmente ricercate in un sistema sanitario che sconta una grave situazione di definanziamento^[5].

In questa prospettiva, il piano individua due principali modelli organizzativi: quello "hub & spoke", che prevede la possibilità per i presidi ospedalieri di assumere ruoli differenziati a seconda delle specialità, e quello "hub versus spoke", che distingue in modo più netto tra centri ad alta complessità e strutture con funzioni prevalentemente di tipo "patient sender".

Il riferimento alla rete si completa con il richiamo al *territorio*, che rappresenta un ulteriore asse portante del piano. L'organizzazione reticolare non può, infatti, limitarsi alla dimensione ospedaliera, ma deve necessariamente integrarsi con le strutture e i servizi territoriali: case e ospedali di comunità, ma anche farmacie, *caregiver*, associazioni di volontariato, cooperative sociali, famiglie.

Il rafforzamento dell'integrazione tra ospedale e territorio si pone in continuità con il PNRR^[6], ma anche con le più recenti proposte di riforma del Servizio sanitario nazionale, e in particolare con il disegno di legge delega di riforma d'iniziativa governativa che è stato da poco presentato in Senato^[7]. Quest'ultimo enfatizza la necessità di modelli assistenziali più prossimi ai bisogni dei cittadini, ma conferma altresì la rilevanza delle reti, a livello non solo regionale, ma anche nazionale. Ci si propone, infatti, di riclassificare i presidi ospedalieri con l'inserimento di "ospedali di terzo livello", caratterizzati da un bacino di utenza nazionale o sovranazionale in ragione della complessità della casistica trattata, del possesso di elevati standard qualitativi, dello svolgimento di attività di ricerca ecc.

3. Le altre direttrici di sviluppo nel confronto con alcune esperienze regionali coeve

Accanto alla rete e al territorio, il piano richiama ulteriori direttrici di sviluppo, tra cui si segnalano anzitutto la digitalizzazione e la prevenzione. Tali dimensioni, pur presenti, non sembrano tuttavia assumere nel documento piemontese una funzione altrettanto strutturante, configurandosi piuttosto come ambiti di intervento rilevanti, ma non pienamente sistematizzati.

Il seppur rapido confronto con altri due piani socio-sanitari regionali recentemente approvati - e di ispirazione reciprocamente contrapposta - consente di collocare più precisamente il modello piemontese. In Lombardia, ad esempio, il piano si caratterizza per una forte valorizzazione del diritto di scelta del paziente^[8], che si dispiega specialmente tra strutture pubbliche e private accreditate. È questa una cifra caratterizzante del modello lombardo affermatasi da tempo^[9], che trova ragion d'essere nell'elevato livello di specializzazione della rete ospedaliera e nel saldo positivo della mobilità sanitaria. Tali elementi, tra loro coerenti, delineano un modello orientato non solo alla tutela della salute,

ma anche allo sviluppo economico del sistema sanitario e, con esso, del territorio regionale^[10].

Diversamente, il piano toscano attribuisce un rilievo centrale all'integrazione socio-sanitaria, alla partecipazione e all'inclusione, oltre che alla prevenzione e all'approccio *One Health*^[11]. Anche una mera analisi quantitativa del lessico impiegato nei documenti conferma tali differenze: termini come "integrazione" e "territorio" ricorrono con frequenza significativamente maggiore nel piano toscano rispetto a quello lombardo, mentre quest'ultimo presenta una più marcata attenzione al cosiddetto "cluster digitale" (intelligenza artificiale, digitalizzazione, telemedicina, sistemi informativi, ecc.)^[12].

In questa prospettiva, il modello piemontese continua a collocarsi in una posizione intermedia tra sistemi a più forte vocazione pubblicistica, come quello toscano, e sistemi maggiormente orientati al mercato, come quello lombardo^[13]. Il nuovo piano conferma tale collocazione, senza tuttavia chiarire pienamente quale direzione evolutiva si intenda perseguire nel medio-lungo periodo.

4. L'approccio olistico e partecipativo del piano piemontese... e i suoi limiti

Un ulteriore elemento di interesse riguarda l'approccio olistico adottato dal piano, che dedica attenzione a un'ampia gamma di condizioni e patologie, anche di natura specialistica o emergente. Tra le "aree di intervento prioritario" non sembra essersi tralasciato nulla. Tale scelta riflette il processo partecipativo che ha accompagnato la redazione del documento, con il coinvolgimento di numerose associazioni di pazienti. Ne deriva un quadro ricco e articolato, in cui trovano spazio, tra gli altri, temi quali la procreazione medicalmente assistita, i disturbi dello spettro autistico, le patologie croniche rare e i disturbi della salute mentale (a partire dall'hikikomori).

Resta tuttavia aperta una questione decisiva: se la mera menzione di tali ambiti sia sufficiente a tradursi in interventi concreti e strutturati. In diversi casi, infatti, il piano si limita a enunciare obiettivi generali, senza indicare in modo puntuale le modalità di attuazione, le risorse dedicate o i tempi di realizzazione. Ciò vale, ad esempio, per la procreazione medicalmente assistita o per alcune patologie emergenti, rispetto alle quali le indicazioni programmatiche appaiono ancora generiche.

Il giudizio complessivo sul piano non può, dunque, che restare sospeso. Il documento rinvia, infatti, a successivi atti di attuazione, dai quali dipenderà la reale capacità di incidere sull'organizzazione e sul funzionamento del sistema sanitario regionale. Sarà in quella fase che si potrà verificare se il piano rappresenti effettivamente un momento di discontinuità o se, al contrario, si inserisca nella tradizionale traiettoria incrementale che ha caratterizzato la pianificazione sanitaria piemontese negli ultimi decenni.

1. Professoressa ordinaria di Diritto amministrativo e pubblico, Università di Torino. [↑](#)
2. D.C.R. Piemonte 22 dicembre 2025, n. 137 - 2771, *Piano socio-sanitario regionale 2025-2030*. [↑](#)
3. Secondo quanto precisato dallo stesso Piano (p. 20), l'età media della popolazione piemontese (47,9 anni) è superiore a quella di tutte le regioni *benchmark*, con la sola eccezione della Toscana. Lo stesso vale per gli indicatori dell'invecchiamento, quali indice di vecchiaia, dipendenza strutturale e dipendenza degli anziani. In alcune aree territoriali (Biella, Alessandria), il rapporto tra anziani e giovani è di circa 3 a 1. [↑](#)
4. i consenta il rinvio a Gagliardi B. (2024), *Il modello a rete come principio d'organizzazione per l'adequazione in sanità*, in *Diritto amministrativo*, 3, 761 ss.; Ferrara L., Tozzi V.D. (2025),

L'istituzionalizzazione delle reti cliniche e la primazia delle razionalità professionali, in Aa.Vv., *Rapporto OASI 2025*, Cergas, cap. 10. [↑](#)

5. In poco più di un decennio (tra il 2012 e il 2024), il finanziamento pubblico si è ridotto di tre decimi di punto, attestandosi al 6,3 per cento del PIL nel 2024: da ultimo, si veda Ufficio Parlamentare per il Bilancio, *Focus n. 3/2026: Pubblico e privato in sanità: il finanziamento, la produzione e le imprese*, 31 marzo 2026, in <https://www.upbilancio.it/>. Si veda anche Furnari A. et al. (2025), *La spesa sanitaria e i costi dei servizi: composizione ed evoluzione nella prospettiva nazionale, regionale ed aziendale*, in Aa.Vv., *Rapporto OASI 2025*, cit., cap. 3. [↑](#)
6. Vedi Pioggia A. (2025), *La sanità nel PNRR tra riforme e attuazione: territorialità, domiciliarietà e telemedicina*, in *Ist. Fed.*, 4, in https://www.regione.emilia-romagna.it/idf/numeri/2025/4_2025, oltre agli ulteriori contributi pubblicati nel medesimo numero della rivista. [↑](#)
7. DDL n. 1825, presentato dal Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, con il Ministro per gli affari regionali e le autonomie e con il Ministro della giustizia, 3 marzo 2026, recante *Delega al Governo per l'adozione di misure in materia di riorganizzazione e potenziamento dell'assistenza territoriale e ospedaliera e revisione del modello organizzativo del Servizio sanitario nazionale*. [↑](#)
8. D.C.R. Lombardia 25 giugno 2024, n. XII/395, *Piano sociosanitario integrato lombardo 2024-2028*. [↑](#)
9. L.r. Lombardia 30 dicembre 2009, n. 33, art. 2, comma 1, lett. b e b-bis, come mod. in particolare da l.r. Lombardia 11 agosto 2015, n. 23 e da l.r. Lombardia 14 dicembre 2021, n. 22. [↑](#)
10. Giannelli A. (2024), *Il sistema sanitario della regione Lombardia, tra "sussidiarietà" competitiva e "sussidiarietà" partecipativa*, in [Federalismi.it](https://www.federalismi.it), 29.05.2024, 228; Buzzacchi C. (2023), *La sanità nella Regione Lombardia*, in *Le Reg.*, 308-309. [↑](#)
11. D.C.R. Toscana 30 luglio 2025, n. 67, *Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR) 2024-2026*. [↑](#)
12. Più precisamente, il piano toscano usa ben 389 volte la parola *integrazione* (o integrato), che ricorre invece solo 92 volte nel piano lombardo. Tutti impiegano la parola territorio/territoriale (che certo è indissolubile dall'integrazione), ma la Toscana lo fa 412 volte, la Lombardia 221 e il Piemonte 256. Di converso il piano lombardo fa un più ampio uso del lessico del "cluster digitale", con 420 occorrenze, che diventano 310 in Toscana e 260 in Piemonte. [↑](#)
13. Il modello piemontese è di tipo "misto" secondo la classificazione offerta da Toth F. (2014), *La sanità in Italia*, il Mulino, Bologna. [↑](#)