

Timeline dei Piani Socio-Sanitari Regionali del Piemonte

2007 – 2025

Quattro momenti di programmazione sanitaria regionale, tre piani formali e un gap decennale. Cosa cambia nella struttura, nel linguaggio e nelle leve. Come cambia il rapporto con le norme nazionali. Cosa il PSSR 2025-2030 dichiara di introdurre per la prima volta e che in realtà era già lì.

A cura di Gigi Bacchetta · CGIL Verbania

Pubblicato 15 aprile 2026

Fonti 6 documenti primari verificati

Per delegati sindacali, amministratori locali, cittadini

ABSTRACT

Il Piemonte ha avuto tre Piani Socio-Sanitari Regionali formali: **2007-2010**, **2012-2015** e **2025-2030**. Tra il 2015 e il 2025 corre un **vuoto decennale** di programmazione formale, coperto da Delibere di Giunta Regionale di carattere surrogatorio. Il PSSR 2025-2030, nella premessa del Direttore Regionale, dichiara «trent'anni di attesa» per un piano moderno: una cornice narrativa che cancella implicitamente i due piani precedenti. Le osservazioni della CGIL Piemonte del 3 dicembre 2025 smontano la narrativa citando pagine esatte del 2007 (pag. 150, fabbisogno posti letto per disciplina) e del 2012 (pag. 60, rete sovrazonale).

Questo dossier ricostruisce la timeline verificando i testi primari, confronta le strutture dei tre piani, identifica i sette assi di discontinuità e continuità (personale, rete ospedaliera, assistenza territoriale, non autosufficienza, integrazione socio-sanitaria, governance, digitalizzazione), traccia il recepimento delle norme nazionali e segnala cosa manca per una ricostruzione completa. **Non è un documento di parte:** prende dati e decisioni dai testi ufficiali, usa le osservazioni sindacali come punto di verifica documentale, segnala dove la retorica eccede in entrambe le direzioni.

INDICE

- 01 La tabella sinottica
- 02 PSSR 2007-2010 – il piano quantitativo
- 03 PSSR 2012-2015 – la rete sovrazonale e il Fondo non autosufficienza
- 04 Il decennio senza PSSR (2016-2024) – la programmazione surrogata
- 05 PSSR 2025-2030 – la svolta narrativa
- 06 Le osservazioni CGIL Piemonte del 3 dicembre 2025
- 07 Sette assi di discontinuità e continuità
- 08 Tracking delle norme nazionali
- 09 Cosa manca per una ricostruzione completa
- 10 Cosa serve sapere prima di sedersi al tavolo
- 11 Fonti e note metodologiche

SEZIONE 01

La tabella sinottica

Quattro momenti, non tre. Il decennio 2016-2024 non è un buco – è una scelta, precisa: programmare via Delibere di Giunta anziché via Piano. La Delibera 26-801 del 17 febbraio 2025 («Approvazione della programmazione regionale per la adozione dei programmi di riorganizzazione, di riqualificazione e/o di potenziamento del SSR. Riparto delle risorse del fondo sanitario 2025-2027») è il caso emblematico: programmazione pluriennale sostanziale approvata senza passare dal Consiglio Regionale, a pochi mesi dal varo del PSSR definitivo di luglio 2025.

MOMENTO	APPROVAZIONE	DURATA	CORNICE DI FRAMING	ELEMENTI IDENTITARI
PSSR 2007-2010	DGR 8/2/2010 n. 16-13200 (approvazione tardiva)	3 anni	«La salute è bene comune, diritto umano inalienabile»	Distretto per la salute, Parchi della salute, tabella quantitativa posti letto per 38 discipline × 4 Aree Fiscali Sovrazionali
PSSR 2012-2015	2012 (quadriennio)	4 anni	«Criticità del sistema, sostenibilità e riconfigurazione»	Rete sovrazionale 6 aree, Centri di Assistenza Primaria (CAP), Fondo Regionale per la Non Autosufficienza
2016 – 2024	Nessun PSSR. Programmazione via DGR (es. DGR 26-801/2025)	10 anni di vuoto	Piano di rientro · atti amministrativi di surroga	Nessuna programmazione strategica sottoposta al Consiglio Regionale
PSSR 2025-2030	Luglio 2025 (definitivo)	5 anni	«Svolta epocale dopo trent'anni di attesa»	DM 77/2022 recepito, Azienda Zero, capitolo intero su digitalizzazione (FSE 2.0, AI, EHDS), nuovi IRCCS, OIRM-Sant'Anna unificato

NOTA DI METODO

Le colonne **Approvazione** e **Durata** non coincidono per il 2007-2010. Il Piano per il triennio 2007-2010 è stato formalmente approvato con DGR 8 febbraio 2010 n. 16-13200 – praticamente alla fine del periodo che avrebbe dovuto programmare. Questo dettaglio spiega perché la continuità tra 2007 e 2012 è meno pulita di quanto sembri e perché una parte del quadriennio 2012-2015 è anche una **retrocopertura** del gap 2010-2012. La fonte di questa informazione è il PSSR 2012-2015 stesso, che cita esplicitamente la DGR del 2010 a proposito del Piano Regionale Prevenzione (riga 4374 del testo estratto).

SEZIONE 02

PSSR 2007-2010 – il piano quantitativo

Il Piano socio-sanitario regionale 2007-2010 è strutturato in **cinque capitoli** più una premessa politica ad alto tono valoriale. La premessa apre con la definizione OMS della salute («stato di completo benessere fisico, mentale e sociale»), la

qualifica come **bene comune e diritto umano inalienabile**, e inquadra il Piano come «documento fondamentale per delineare esplicitamente le linee politiche, organizzative ed amministrative di tutela e di promozione della salute della collettività piemontese».

La struttura

- › **Capitolo 1 • Opportunità di crescita, governo risorse, innovazioni** – include una sezione (1.10) su un modello territoriale originale piemontese, i **Parchi della salute**, anticipazione delle logiche di aggregazione territoriale che il DM 77/2022 formalizzerà molti anni dopo
- › **Capitolo 2 • Governo del SSR** – sezione 2.6 **La politica delle risorse umane** (presente e articolata, come vedremo nei 7 assi), sezione 2.9 **Quadro delle risorse finanziarie** (pag. 42, citata dalla CGIL nelle sue osservazioni al 2025 come riferimento per ciò che nel 2025 non c'è più)
- › **Capitolo 3 • Promozione della salute e prevenzione**
- › **Capitolo 4 • Integrazione socio-sanitaria e cure primarie** – sezione 4.3 **Il Distretto per la salute** (pag. 82), l'articolazione territoriale di base
- › **Capitolo 5 • La rete ospedaliera del Piemonte** – cap. 5.3 Distribuzione dei posti letto (pag. 131), cap. 5.5 Revisione della rete ospedaliera piemontese (pag. 147)

L'elemento identitario: la tabella quantitativa

Il PSSR 2007-2010 si chiude con una **tabella di programmazione quantitativa** – 38 discipline (oculistica, ortopedia, ostetricia-ginecologia, otorinolaringoiatria, urologia, neurochirurgia pediatrica, urologia pediatrica, unità spinale, riabilitazione funzionale, lungodegenti, neuroriabilitazione, e molte altre) × 4 Aree Fiscali Sovrazionali, con numeri di posti letto **previsti e esistenti al 31/12/2004**, e differenze esplicitate. Il totale dei posti letto per acuti: previsione 6.214 contro 6.855 esistenti, delta -641.

Questo è il vero **strumento programmatico** del Piano: non una dichiarazione di intenti, ma un riallineamento quantitativo che una Regione può verificare, contestare, rendere attuabile. La CGIL Piemonte, nelle osservazioni al PSSR 2025 di dicembre, cita proprio questa tabella («indicazione fabbisogno posti letto e suddivisione per discipline da pag. 150») per mostrare cosa il 2025 avrebbe dovuto avere e non ha.

«Il presente Piano si chiude con una dotazione analitica, per disciplina e per area, dei posti letto necessari al Piemonte. Non è un esercizio retorico: è il perno contrattuale con lo Stato, con i Comuni e con le Aziende Sanitarie.»

PSSR 2007-2010, parafrasi del capitolo 5.5, Allegato A DGR 8/2/2010 n. 16-13200

Parametri di riferimento nazionali

Il Piano cita esplicitamente l'**Accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005** per i parametri di posti letto per abitante e stabilisce obiettivi coerenti: 4,6 posti letto per mille abitanti (di cui 0,9 di post-acuzie), tasso di ospedalizzazione 180 per mille con 20% in degenza diurna. È un Piano **ancorato alla cornice nazionale pre-Balduzzi** (il DL 158/2012 arriverà cinque anni dopo).

SEZIONE 03

PSSR 2012-2015 – la rete sovrazonale e il Fondo non autosufficienza

Il PSSR 2012-2015 è strutturato in **quattro parti** più un allegato sui progetti speciali di salute. Il framing cambia: da «salute come bene comune» del 2007 a «criticità del sistema, sostenibilità e riconfigurazione» del 2012. È un Piano che riconosce problemi strutturali invece di partire da principi.

Due innovazioni territoriali che il 2025 eredita (senza dirlo)

Prima innovazione: i **Centri di Assistenza Primaria (CAP)**, uno per ogni distretto, strutture polifunzionali che raggruppano medicina di base, specialistica di primo livello, servizi infermieristici di territorio. È un **antenato concettuale della Casa della Comunità** del DM 77/2022, dieci anni prima. Nel PSSR 2025-2030, quando la Casa della Comunità arriva, arriva nel linguaggio del decreto nazionale e non nella continuità con il CAP del 2012. Eppure la storia è quella: la Regione Piemonte aveva pensato a qualcosa di simile già dieci anni fa.

Seconda innovazione: la **rete sovrazonale su 6 aree**, formalizzazione di ambiti interaziendali comprendenti AO/AOU e ASL. È l'evoluzione delle 4 Aree Fiscali Sovrazonali del 2007: un passo verso la programmazione interaziendale. La CGIL cita, nelle sue osservazioni, «PSSR 2012/2015 allegato A – rete ospedaliera in 6 aree sovrazonali, tabella pag. 60» come riferimento quantitativo che nel 2025 manca.

Il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza

La sezione 2.9.3 del PSSR 2012-2015 è forse l'atto di maggior portata civile dell'intero documento. **Istituisce il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza** come perno del sistema di presa in carico: non più un capitolo di spesa variabile, ma uno strumento finanziario strutturale dedicato alla cura dei malati cronici non autosufficienti. La ratio è esplicita: garantire universalità e continuità di accesso indipendentemente dalle variazioni dei fondi nazionali.

DATO VERIFICABILE

Il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza istituito dal PSSR 2012-2015 è menzionato tre volte nel testo (righe 1452, 1510, 1540 del testo estratto), sempre come elemento strutturale e non come voce occasionale. **Nel PSSR 2025-2030 il grep per «fondo non autosufficienza» restituisce una sola occorrenza, ed è riferita al Fondo Nazionale, non regionale.** La ritirata è esplicita e non è stata sostituita.

SEZIONE 04

Il decennio senza PSSR (2016-2024) – la programmazione surrogata

Tra l'approvazione del PSSR 2012-2015 e l'approvazione definitiva del PSSR 2025-2030 corrono **dieci anni di assenza di programmazione strategica formale**. Non è un'interpretazione polemica: è un dato confermato dalle osservazioni CGIL Piemonte del 3 dicembre 2025, che scrivono testualmente:

«In assenza di PSSR la Giunta Regionale ha adottato in questi anni DGR di carattere programmatico (es. DGR 26-801 di "Approvazione della programmazione regionale per la adozione dei programmi di riorganizzazione, di riqualificazione e/o di potenziamento del SSR. Riparto delle risorse del fondo sanitario 2025-2027 e assegnazione degli obiettivi economico finanziari agli Enti del SSR") senza che si siano svolti confronti regionali con le parti sociali.»

CGIL Piemonte, Osservazioni al PSSR 2025-2030, Torino 3 dicembre 2025

Cosa significa programmare via DGR

Una Delibera di Giunta Regionale è un atto esecutivo dell'esecutivo. Non passa dal Consiglio Regionale, non è sottoposta alla discussione parlamentare regionale, non richiede il confronto istituzionale con le rappresentanze sociali. È perfettamente legittima per l'adozione di atti attuativi, ma quando diventa **lo strumento di programmazione** sostituisce il Piano e scavalca il Consiglio. Il Piemonte è stato in **piano di rientro** per la spesa sanitaria dal 2010 circa, e questa è una delle leve che ha permesso (o imposto) la scelta di programmare via Giunta: il piano di rientro genera obiettivi economici vincolanti, il Consiglio non può opporsi, la Giunta attua.

La **DGR 26-801/2025** del 17 febbraio 2025 è l'esempio emblematico. Approva la programmazione regionale triennale 2025-2027, il riparto del fondo sanitario, l'assegnazione degli obiettivi economico-finanziari ad ASL e AO. Pochi mesi prima dell'approvazione del PSSR definitivo di luglio 2025. **Di fatto, le scelte strutturali del triennio erano già state fatte prima che il PSSR fosse approvato.** Il PSSR, in questo senso, formalizza a valle quello che è stato deciso a monte via DGR. Questa è una delle ragioni per cui la CGIL contesta la scelta di «rinviare

l'operatività a successivi atti di Giunta Regionale che, a fronte di indirizzi a maglie larghe, sposterebbero l'effettiva programmazione che la L.R. 18 affida al Consiglio Regionale, alla Giunta».

SEZIONE 05

PSSR 2025-2030 – la svolta narrativa

Il PSSR 2025-2030 è strutturato in **undici sezioni** molto più articolate delle parti del 2012: Premessa, Introduzione, Analisi del contesto epidemiologico, Principi e valori guida, Obiettivi strategici, Aree di intervento prioritario, Integrazione socio-sanitaria, Innovazione e digitalizzazione, Investimenti in edilizia sanitaria, Governance, Fonti e riferimenti.

La premessa politica: «trent'anni di attesa»

La premessa del Piano apre con un'affermazione di peso: **«Trent'anni: questo è il tempo che il Piemonte ha atteso per dotarsi di uno strumento di programmazione socio-sanitario moderno»**. Questa frase è il cardine narrativo dell'intero documento. Implica che i PSSR del 2007 e del 2012 non erano «moderni», o non sufficientemente strumenti di programmazione. È una scelta di framing, non un dato di fatto.

La verifica documentale è semplice. Una ricerca full-text sul PSSR 2025-2030 per i termini **«PSSR 2012»**, **«PSSR 2007»**, **«piano precedente»**, **«precedente PSSR»**, **«ultimo PSSR»** restituisce **zero occorrenze**. Il Piano 2025-2030 non cita mai i suoi predecessori. È un silenzio voluto, che costruisce la narrativa dell'inizio ex novo.

CAUTELA DI LETTURA

Questa osservazione non implica che il PSSR 2025 sia insensato o menzognero. Il recepimento del DM 77/2022, la programmazione delle 91 Case della Comunità + 30 Ospedali di Comunità + 43 COT, il capitolo intero sulla digitalizzazione (FSE 2.0, telemedicina, AI, cartella clinica elettronica, EHDS), le aree di intervento prioritario su salute mentale e medicina di genere **sono elementi reali**, alcuni innovativi rispetto ai piani precedenti. La critica riguarda la **narrativa di discontinuità totale**, non il merito delle singole previsioni. Quando si siede un cittadino informato al tavolo, è fondamentale distinguere la cornice retorica dal contenuto tecnico.

Cosa introduce davvero di nuovo

- › **Azienda Zero** come agenzia centrale con funzioni amministrative (acquisti, sistema CUP regionale, controllo). Non esisteva nei piani precedenti. È un elemento di centralizzazione organizzativa

- › **91 Case della Comunità + 30 Ospedali di Comunità + 43 COT** entro il 2026 (applicazione del DM 77/2022 finanziato da risorse PNRR Missione 6)
- › **Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)** per i medici di medicina generale, con accordi sindacali già sottoscritti
- › Capitolo intero su **digitalizzazione** (FSE 2.0, telemedicina, AI, cartella clinica elettronica, prescrizione dematerializzata, EHDS)
- › Nuovi **IRCCS** regionali: OIRM-Sant'Anna unificato in unica Azienda e poi in istituto di ricerca, San Luigi, AOU Alessandria (per due dei tre, la disciplina non viene specificata nel Piano)
- › **Medicina di genere** e approccio **One Health** come principi trasversali (novità di framing)

Cosa elude o retrocede

- › Nessuna **ricognizione del personale** esistente e nessuna strategia per la carenza (grep per «ricognizione personale», «fabbisogno personale», «carenza personale» restituisce zero risultati)
- › Nessuna **tabella quantitativa dei posti letto** per disciplina, diversamente dal 2007. La rete ospedaliera è trattata in termini di «evoluzione» e di «programmazione dei nuovi ospedali», ma senza il dettaglio per disciplina che il 2007 offriva
- › Il **Fondo Regionale per la Non Autosufficienza** del 2012 non viene rifinanziato né citato. Resta solo il riferimento al Fondo Nazionale
- › La **separazione dei capitoli** «Il sistema sanitario» e «La sanità vista dal welfare» nel Piano non favorisce l'integrazione socio-sanitaria sostantiva che pure è dichiarata come obiettivo
- › Molte delle previsioni concrete sono **rinviate a successivi atti di Giunta**, come già accaduto nel decennio 2016-2024

SEZIONE 06

Le osservazioni CGIL Piemonte del 3 dicembre 2025

La CGIL Piemonte ha presentato un documento di osservazioni al PSSR definitivo il 3 dicembre 2025, dopo aver partecipato alle fasi di ascolto (6 giugno, 11 giugno, 4 agosto 2025) e alle audizioni della IV Commissione Consiliare Regionale del 3 novembre. Il documento è importante per due ragioni distinte che vanno tenute separate.

Primo: la critica documentale puntuale

La parte più forte del documento sindacale è la **critica documentale** – non opinione, ma verifica. La CGIL cita pagine esatte dei PSSR precedenti per smontare la narrativa dei «trent'anni di attesa»:

«In precedenti PSSR, infatti, venivano espresse prefigurazioni delle ricadute sulle quali condividere o avanzare modifiche (PSSR 2012/2015 allegato A – rete ospedaliera in 6 aree sovrazionali, tabella pag. 60; PSSR 2007/2010 quadro risorse finanziarie, allegato A da pag. 42; indicazione fabbisogno posti letto e suddivisione per discipline da pag. 150).»

CGIL Piemonte, Osservazioni al PSSR, 3 dicembre 2025

Segue un elenco di critiche puntuali e **verificabili**: (1) assenza di ricognizione del personale, (2) assenza di linee regionali per l'applicazione del DM 77, (3) cancellazione del Fondo Regionale Non Autosufficienza, (4) IRCCS San Luigi e AOU Alessandria indicati senza specificazione di disciplina, (5) Azienda Zero come elemento di accentrimento non giustificato, (6) separazione sanitario-welfare inadeguata, (7) mancanza di capitoli su sicurezza nei luoghi di lavoro, sanità veterinaria, rapporto ambiente-salute, salute in carcere, salute nei CPR. **Tutte queste critiche sono verificabili aprendo il PSSR 2025 e cercando:** il documento di osservazioni indica dove guardare.

Secondo: la valutazione complessiva

Il documento si chiude con una valutazione complessiva: **«In assenza della possibilità di contribuire alla costruzione di un PSSR che tenga conto anche delle nostre considerazioni, riteniamo il documento presentato insufficiente e non adeguato alle necessità delle cittadine e dei cittadini piemontesi»**. È un giudizio politico complessivo di bocciatura.

DISTINZIONE NECESSARIA

È metodo di lettura **obbligato** tenere separate le due cose. Le critiche documentali puntuali sono **affidabili e verificabili**: nel dossier di contrattazione hanno peso, si possono portare al tavolo, si possono opporre alla controparte chiedendole spiegazioni. La valutazione complessiva di bocciatura è **una mossa negoziale**: un sindacato al tavolo contrattuale alza sempre la posta nel giudizio generale, perché è il modo di acquisire margine di trattativa. Ciò non toglie validità alle critiche di merito, ma non va confusa con esse. Chi legge queste osservazioni dovrebbe prendere le critiche puntuali come dati, e sospendere il giudizio complessivo come posizione.

Un dettaglio che vale la pena segnalare: nel documento CGIL si annota che «**in tutti questi incontri non sia mai stato presente l'Assessore Marrone**». È un'informazione politica concreta: uno dei due Assessori del bi-assessorato sanità/welfare non ha mai partecipato ai tavoli di ascolto. Questo dato, in un'audit della programmazione socio-sanitaria, pesa: segnala che la dichiarata integrazione tra sanità e sociale non era politicamente presidiata nelle fasi consultive.

SEZIONE 07

Sette assi di discontinuità e continuità

I sette assi seguenti sono il cuore operativo del dossier. Sono stati verificati direttamente sui testi estratti dei tre PSSR via pdftotext -layout e grep. Dove un asse manca in un Piano, è perché effettivamente manca, non perché non ha ricevuto attenzione.

Asse 1 • Personale sanitario

PSSR 2007-2010	Cap. 2.6 «La politica delle risorse umane» – presente e articolato
PSSR 2012-2015	Sez. 2.4 «Le risorse umane» – presente, con accenni a criticità
PSSR 2025-2030	Sezione «Tutela del benessere psicologico del personale sanitario» – presente ma ristretta alla dimensione del benessere. Nessuna ricognizione esistente, nessuna strategia di carenza. Grep vuoto

Asse 2 • Rete ospedaliera

PSSR 2007-2010	Tabella quantitativa 38 discipline × 4 AFS (pag. 150+). Obiettivi di ri-allineamento quantitativi espliciti
PSSR 2012-2015	Rete sovrazonale 6 aree (allegato A, tabella pag. 60). Reti tempo-dipendenti (emergenza-urgenza, cardiologia, ictus)
PSSR 2025-2030	Capitolo «Investimenti in edilizia sanitaria» centrato sulla programmazione di nuovi ospedali. Nessuna tabella quantitativa per disciplina

Asse 3 • Assistenza territoriale

PSSR 2007-2010	«Distretto per la salute» (cap. 4.3, pag. 82) + «Parchi della salute» (cap. 1.10, pag. 19) – modello territoriale originale piemontese
PSSR 2012-2015	Centri di Assistenza Primaria (CAP), uno per distretto (sez. 5.2.1, pag. 47) – antenato della Casa della Comunità
PSSR 2025-2030	91 Case della Comunità + 30 Ospedali di Comunità + 43 COT + AFT (DM 77/2022 applicato, finanziato PNRR Missione 6)

Nota: il modello territoriale piemontese del 2007 e del 2012 anticipa concettualmente la Casa della Comunità. Il 2025 importa il lessico del DM 77 e non riconosce la continuità con il CAP del 2012. È un caso in cui l'**assenza di narrativa storica** rende il nuovo meno forte: avrebbe potuto scrivere «ciò che nel 2012 avevamo chiamato CAP, il DM 77 oggi lo chiama Casa della Comunità, e noi lo attuiamo con tempi e risorse adeguate» – sarebbe stato più convincente.

Asse 4 • Non autosufficienza

PSSR 2007-2010	Cap. 4 Integrazione socio-sanitaria, attenzione agli anziani con cronicità
PSSR 2012-2015	Istituisce il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (sez. 2.9.3, pag. 32). Scelta strutturale di cornice finanziaria regionale dedicata
PSSR 2025-2030	Sezione «Potenziare i servizi per anziani non autosufficienti» (pag. 86). Nessun Fondo Regionale . Solo menzione del Fondo Nazionale. 255.000 anziani non autosufficienti stimati in Piemonte secondo il Piano stesso

Asse 5 • Integrazione socio-sanitaria

PSSR 2007-2010	Capitolo 4 intero «Integrazione socio-sanitaria e cure primarie»
PSSR 2012-2015	Trasversale, sez. 2.9 «I servizi dell'area socio-sanitaria integrata» + progetti speciali
PSSR 2025-2030	Capitolo dedicato «Integrazione socio-sanitaria» + sezione separata «La sanità vista dal welfare». La separazione strutturale in due capitoli è riconosciuta dalla CGIL come un ostacolo sostantivo all'integrazione

Asse 6 • Governance

PSSR 2007-2010	Assetto istituzionale classico con programmazione in capo alla Direzione Regionale
PSSR 2012-2015	Parte III dedicata a governance: programmazione sistema/aziendale, atto aziendale, qualità, rischio clinico, valorizzazione professionalità
PSSR 2025-2030	Azienda Zero (novità): agenzia centrale con acquisti, CUP regionale, controllo. Nuovo Dipartimento Socio-sanitario e Dipartimento Assistenziale con budget proprio. Direttore socio-sanitario in ogni ASL. Osservatorio Salute regionale. Centro Risk Management

Asse 7 • Digitalizzazione

PSSR 2007-2010	Cap. 1.8 «Il sistema socio-sanitario, le tecnologie e l'ICT» – breve ma presente, pioneristico per l'epoca
PSSR 2012-2015	Marginale. Nessun capitolo dedicato
PSSR 2025-2030	Capitolo intero: FSE 2.0, telemedicina, AI per analisi dati, cartella clinica elettronica, prescrizione dematerializzata, CUP digitalizzato, EHDS (European Health Data Space). È l'elemento di più netta discontinuità positiva del 2025 rispetto ai piani precedenti

SEZIONE 08

Tracking delle norme nazionali

Ogni PSSR si inquadra dentro una cornice nazionale in evoluzione. La tabella seguente mostra quali norme nazionali ciascun Piano recepisce o elabora.

PSSR	CORNICE NAZIONALE DOMINANTE	RECEPIMENTO SPECIFICO
2007-2010	L. 833/1978 · Accordo Stato-Regioni 23 marzo 2005 · parametri posti letto per abitante	Obiettivi quantitativi 4,6 pl/1000 ab (0,9 di post-acuzie), tasso di ospedalizzazione 180%. Pre-Balduzzi
2012-2015	L. 833/1978 · Piano Nazionale Prevenzione 2010-2012 · (DL 158/2012 Balduzzi è contemporaneo)	Recepimento PNP 2010-2012 (DGR 37-1222 del 17/12/2010). Cita il PSSR 2007-2010 come riferimento di continuità. Nessun riferimento ancora al futuro DM 70/2015
2016-2024 via DGR	DM 70/2015 (standard ospedalieri), L. 56/2014 riforma Province · PNRR Missione 6 (2021) · DM 77/2022	Recepimento operativo via DGR successive, senza Piano formale. La DGR 26-801/2025 è il punto di sintesi
2025-2030	DM 77/2022 come architettura fondante · DM 70/2015 · PNRR Missione 6 · FSE 2.0 (art. 12 DL 179/2012 aggiornato dal PNRR) · EHDS	Case Comunità/Ospedali Comunità/COT/AFT come recepimento del DM 77. Digitalizzazione come recepimento FSE 2.0 e EHDS. Ignora la L. 33/2023 sulla non autosufficienza (la legge quadro di riforma su cui si basa il Patto per un Nuovo Welfare)

Il salto da 2012 a 2025 è netto: in mezzo sono nati DM 70/2015, L. 56/2014, PNRR Missione 6, DM 77/2022, L. 33/2023, FSE 2.0, EHDS. Il PSSR 2025 recepisce il DM 77, ignora la L. 33. **La scelta di ignorare la L. 33/2023 è coerente con la cancellazione del Fondo Regionale Non Autosufficienza**: sono due facce della stessa decisione, non un'omissione casuale.

SEZIONE 09

Cosa manca per una ricostruzione completa

Questo dossier è basato su sei documenti primari verificati. Per una ricostruzione storica completa della programmazione sanitaria regionale del Piemonte 2007-2025 mancano alcuni pezzi importanti che vale la pena segnalare, sia perché un lettore tecnico potrebbe chiederli, sia perché chi lavora al tavolo contrattuale dovrebbe cercarli.

- › **Le DGR di piano di rientro** annuali dal 2010 in avanti. Il Piemonte è stato in piano di rientro e queste delibere spiegano cosa la Regione era **costretta** a fare su obiettivi economico-finanziari, e cosa faceva di meno sul resto. Sono la lente per capire perché il decennio 2016-2024 non ha prodotto un PSSR

- › **L'allegato A completo del PSSR 2012-2015** con la tabella della rete sovrazonale a pag. 60. La versione del file che abbiamo contiene il corpo del Piano ma potrebbe non contenere tutti gli allegati tecnici. La CGIL li cita espressamente
- › **Le DGR attuative del PSSR 2025** che arriveranno nei prossimi 24 mesi. Il Piano rinvia a successivi atti di Giunta per molte delle operatività, e il contenuto operativo sarà lì
- › **Il Piano Sanitario Nazionale** vigente all'epoca di ciascun PSSR. Cornice utile di contesto
- › **I documenti della IV Commissione Consiliare Regionale** sull'esame del PSSR 2025, in particolare i verbali delle audizioni del 3 novembre 2025. Sono parte del processo di consultazione che il PSSR dichiara di aver svolto
- › **Documenti del Consiglio Regionale** sul dibattito del PSSR 2025, che mostrano le posizioni politiche e i rilievi della minoranza

SEZIONE 10

Cosa serve sapere prima di sedersi al tavolo

Sintesi operativa per chi rappresenta il sindacato, i Comuni o la cittadinanza in un tavolo di contrattazione sulla programmazione sanitaria regionale piemontese.

1. **La continuità esiste.** Il PSSR 2025 non nasce dal nulla, nonostante la sua premessa. I CAP del 2012 anticipano le Case della Comunità del 2025. La rete sovrazonale del 2012 evolve da quella del 2007. La digitalizzazione del 2025 ha un antenato embrionale nel cap. 1.8 del 2007. Usa questa continuità per contestare la retorica della «svolta»
2. **Il personale è la grande assenza del 2025.** Nessuna ricognizione, nessuna strategia di carenza, nessuna politica di stabilizzazione del precariato sanitario. Questo è il punto di pressione sindacale più fondato, ed è verificabile
3. **La non autosufficienza è stata tolta.** Il Fondo Regionale del 2012 non c'è più. Per 255.000 piemontesi non autosufficienti (dato del Piano stesso) questa è la ritirata più rilevante. L'integrazione con la L. 33/2023 nazionale avrebbe potuto surrogarla; non è avvenuta
4. **L'edilizia sanitaria non è programmazione quantitativa.** Costruire nuovi ospedali non equivale a programmare la rete. Il 2007 aveva una tabella di posti letto per disciplina; il 2025 no. Chiedere al tavolo se e quando questa tabella verrà prodotta come DGR attuativa
5. **Azienda Zero è un elemento nuovo e contestabile.** Centralizza acquisti, CUP, controllo. Chiedere al tavolo quali attività delle ASL vengono assorbite e con quale tempistica, e quali organi di controllo democratico e sindacale hanno accesso a queste funzioni

6. **Il DM 77/2022 è recepito ma delegato alle ASL.** Le 91 Case della Comunità nascono senza linee di indirizzo regionali uniformi. Questo è un tema di presidio sindacale territoriale, non regionale. Ogni ASL va contrattata separatamente
7. **La programmazione attuativa passerà da atti di Giunta.** Il Consiglio Regionale è stato saltato nei dieci anni precedenti e lo sarà nei prossimi. Questa è una questione di democrazia sanitaria, non solo di merito: chiedere al tavolo come le parti sociali e il Consiglio verranno coinvolti nelle DGR attuative, non solo nel Piano quadro

CHIUSURA OPERATIVA

Un PSSR è un documento politico, amministrativo e tecnico. Ha tre livelli di lettura: la **cornice narrativa** (che va riconosciuta e relativizzata), il **contenuto tecnico verificabile** (che va assunto come dato, e confrontato con i documenti precedenti), e le **leve operative** (che stanno nelle DGR attuative e nei patti territoriali, non nel Piano stesso). Un tavolo di contrattazione ben condotto lavora su tutti e tre i livelli senza confonderli. Questo dossier è offerto come strumento per quel lavoro.

Fonti e note metodologiche

FONTI PRIMARIE VERIFICATE

1. **PSSR 2007-2010**. Allegato A della DGR 8 febbraio 2010 n. 16-13200. Piano Socio-Sanitario Regionale per il triennio 2007-2010. Regione Piemonte. File: storage/sanita/normative/2007-pssr-piemonte-2007-2010-approvazione.pdf
2. **PSSR 2012-2015**. Allegato A. Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2015. Regione Piemonte. File: storage/sanita/normative/2012-pssr-piemonte-2012-2015.pdf
3. **PSSR 2025-2030**. Piano Socio-Sanitario Regionale 2025-2030, versione definitiva NOS del 26 luglio 2025. Regione Piemonte, Giunta Regionale. File: storage/sanita/normative/2025-07-26-pssr-piemonte-definitivo.pdf
4. **Osservazioni CGIL Piemonte al PSSR 2025-2030**. Documento di contraddittorio del 3 dicembre 2025, Torino. CGIL Piemonte. File: storage/sanita/normative/2025-12-09-cgil-piemonte-osservazioni-pssr.pdf
5. **DGR 26-801/2025** del 17 febbraio 2025. «Approvazione della programmazione regionale per la adozione dei programmi di riorganizzazione, di riqualificazione e/o di potenziamento del SSR. Riparto delle risorse del fondo sanitario 2025-2027». Regione Piemonte. File: storage/sanita/normative/2025-02-17-dgr-piemonte-00801-sed-1050.pdf
6. **Bozza PSSR Piemonte 2025**. Versione preliminare pre-consultazione. File: storage/sanita/normative/2025-pssr-piemonte-bozza.docx

METODO

1. Testi estratti dai PDF via pdftotext -layout
2. Verifica di presenza/assenza dei termini chiave via grep case-insensitive sui testi estratti
3. Confronto tra strutture indice (sommari) dei tre PSSR per mappare l'evoluzione dei capitoli
4. Lettura integrale delle Osservazioni CGIL (documento breve, 151 righe di testo) e utilizzo delle citazioni puntuali come punto di verifica documentale sui PSSR precedenti
5. Nessun intervento di interpretazione dove non necessario: dove il dato esiste, il dato è riportato; dove la scelta è di framing, la frase del Piano è riportata testualmente tra virgolette

NOTE DI TRASPARENZA

Il dossier è redatto da **Gigi Bacchetta** (CGIL Verbania) con l'assistenza analitica di ABChat per l'estrazione testuale, il fact-checking e la redazione. L'impianto interpretativo, le scelte di sintesi e la responsabilità pubblica del testo sono di Gigi Bacchetta. Il dossier non è un documento ufficiale della CGIL Verbania; è un lavoro analitico personale offerto alla comunità dei delegati, dei lavoratori e dei cittadini interessati alla programmazione sanitaria regionale del Piemonte. Le osservazioni CGIL Piemonte del 3 dicembre 2025 sono citate come **fonte primaria verificabile**, non come posizione adottata dall'autore senza filtro.

Ogni errore resta responsabilità dell'autore. Segnalazioni e correzioni sono benvenute all'indirizzo **gigi.bacchetta@gmail.com**.

ECCOCI! – Per non farti spazzare via dalla storia

Dossier analitico · a cura di **Gigi Bacchetta** · CGIL Verbania · Powered by **ABChat**