

WEBINAR

LA NUOVA SANITÀ TERRITORIALE

CASE DELLA COMUNITÀ, FARMACIE
DEI SERVIZI, SANITÀ RETAIL E DIGITALE
IN RELAZIONE AL NUOVO DECRETO
SULLA MEDICINA TERRITORIALE

Martedì 28 Aprile

9.30 – 12.30

Diretta su



WWW.MOTORESANITA.IT

LA NUOVA SANITÀ TERRITORIALE

SCHEMA DI DECRETO-LEGGE DISPOSIZIONI URGENTI PER IL RIORDINO DELL'ASSISTENZA PRIMARIA TERRITORIALE E DELLA MEDICINA GENERALE, AL FINE DI GARANTIRE LA PIENA OPERATIVITÀ DELLE CASE DELLA COMUNITÀ

FRAMEWORK DEL DECRETO

1. FINALITÀ	2. CAMBIO DI PARADIGMA	3. ARCHITETTURA DEL NUOVO SISTEMA
<p>A. Il decreto nasce per garantire la piena operatività delle Case della Comunità</p> <p>B. L'urgenza è legata alla necessità di rendere concreto e funzionante il nuovo modello di assistenza territoriale</p> <p>C. L'obiettivo non è solo organizzativo, ma di sistema: rafforzare l'assistenza primaria, la presa in carico e la continuità territoriale</p>	<p>A. Il testo supera l'idea che la medicina generale possa evolvere solo attraverso l'ACN</p> <p>B. Introduce una disciplina nazionale di cornice</p> <p>C. Sposta il focus da un modello centrato prevalentemente sul rapporto individuale a un modello che valorizza anche la funzione territoriale organizzata del medico</p>	<p>Il decreto costruisce un assetto a doppio canale</p> <p>1. CONVENZIONE RIFORMATA = canale ordinario</p> <p>2. DIPENDENZA SELETTIVA = canale per le funzioni territoriali strutturate</p> <p>Il doppio canale consente di:</p> <ul style="list-style-type: none">• mantenere la capillarità della medicina generale• introdurre un presidio stabile dove servono funzioni più organizzate e continuative

LA NUOVA SANITÀ TERRITORIALE

CONVENZIONE RIFORMATA

1. ELEMENTO CENTRALE	2. COSA COMPORTA	CASE DELLA COMUNITÀ: FULCRO DELLA RIFORMA	DEBITO ORGANIZZATIVO MINIMO
<ul style="list-style-type: none"> La convenzione resta il modello ordinario della medicina generale e della pediatria di libera scelta Non viene abolito il rapporto fiduciario Però il medico convenzionato viene ridefinito anche come: <ul style="list-style-type: none"> funzione territoriale soggetto inserito nella rete dei servizi parte attiva del funzionamento del sistema territoriale <p>NON IMPLICA MODIFICA O VARIAZIONI ENPAM</p>	<p>La convenzione riformata introduce obblighi minimi strutturali cambiando la modalità di remunerazione da assistito a obiettivo (vedi esempio)</p> <ul style="list-style-type: none"> attività programmata nelle Case della Comunità partecipazione effettiva alla rete territoriale utilizzo di sistemi informativi interoperabili presa in carico dei cronici e fragili audit, verifiche e monitoraggio lavoro integrato con infermieri, amministrativi, specialisti e servizi territoriali <p><i>Esempio di modello alternativo</i></p> <p><i>Ipotesi tariffa nazionale per assistito: ~120 €/anno (2026) (da ~113€ + incrementi contrattuali indicati).</i></p> <p><i>Ripartizione esemplificativa per assistito:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> 30€ LEA/obblighi (es. uso/implementazione FSE) 20€ presa in carico cronici (stratificazione, piano di cura, caregiver) 20€ promozione salute/prevenzione/diagnosi precoce (metriche) 10€ supporto (amministrativo/infermieristico, telemonitoraggio) 20€ attività in CdC (es. 6h/sett per 47 settimane) 20€ obiettivi/urgenti/AFI 	<p>Diventano il luogo strutturale del nuovo assetto territoriale</p> <p>Il decreto chiarisce che l'attività nelle CdC: non è più solo incentivata ma diventa componente stabile del modello organizzativo</p>	<p>Viene introdotto un debito organizzativo minimo nazionale</p> <p>È modulabile territorialmente, quindi non rigido in modo uniforme e include almeno:</p> <ul style="list-style-type: none"> rete territoriale presenza nelle CdC uso dei sistemi informativi adesione a indicatori e audit integrazione multiprofessionale <p>È uno degli strumenti principali per rendere il sistema esigibile e misurabile</p>

3

DIPENDENZA SELETTIVA

1. FUNZIONE E PERIMETRO	2. MEDICI SPECIALIZZATI: ASSUNZIONE A TEMPO INDETERMINATO	3. NESSUNA TRASFORMAZIONE GENERALIZZATA IMMEDIATA
<p>Il decreto non trasforma, in una prima fase, tutta la medicina generale in dipendenza</p> <p>Introduce una dipendenza selettiva, programmata e non generalizzata.</p> <p>Serve per coprire le funzioni a maggiore intensità organizzativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> CdC hub CdC spoke individuate dalla Regione continuità assistenziale integrata coordinamento territoriale presa in carico strutturata 	<p>Nella fase transitoria, le aziende e gli enti del SSN possono assumere a tempo indeterminato i medici già operanti nella medicina generale che possiedono anche una specializzazione</p> <p>L'accesso avviene:</p> <ul style="list-style-type: none"> su base volontaria nei limiti dei contingenti programmati per le funzioni territoriali strutturate <p>La misura serve a dare stabilità organizzativa al nuovo modello territoriale</p>	<p>Il decreto chiarisce che:</p> <ol style="list-style-type: none"> il canale dipendente non riguarda l'intera medicina generale non vi è trasformazione generalizzata e automatica del sistema <p>La scelta è quindi:</p> <ul style="list-style-type: none"> graduale selettiva programmata <p>Questo serve a garantire sostenibilità giuridica, organizzativa e finanziaria</p>

4

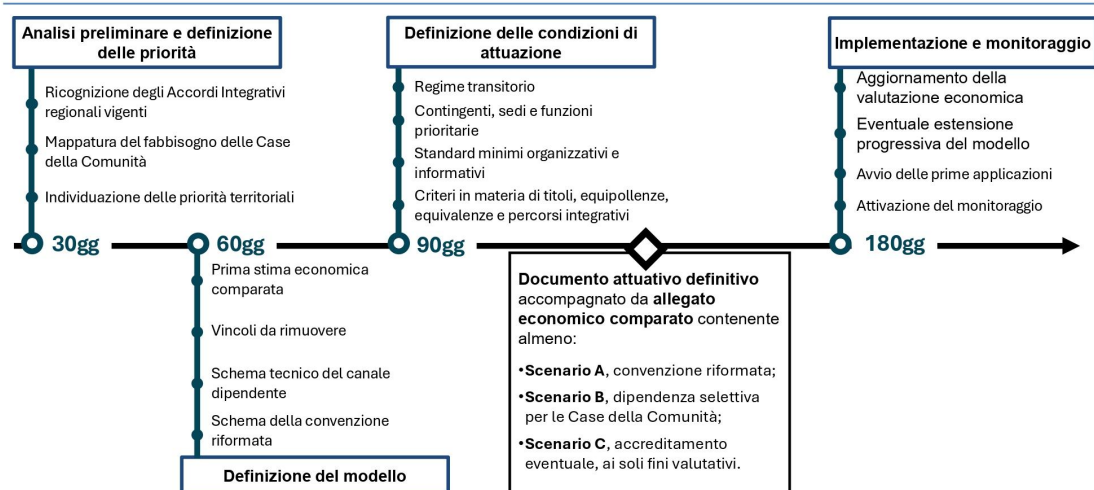
LA NUOVA SANITÀ TERRITORIALE

ELEMENTI PRIORITARI DI GARANZIA

RUOLO STRATEGICO DELLE REGIONI	DIGITALE, SEMPLIFICAZIONE, SUPPORTO ORGANIZZATIVO	FASE TRANSITORIA ORDINATA
<p>Le Regioni assumono un ruolo centrale nella programmazione</p> <p>Devono definire:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fabbisogni di attività nelle CdC • priorità territoriali • presidi e funzioni da coprire • standard minimi organizzativi e informativi • contingenti e sedi del canale dipendente <p>Il decreto valorizza quindi una governance territoriale forte, dentro un quadro nazionale comune</p>	<p>Il nuovo modello non si basa solo su più obblighi per il medico</p> <p>Prevede anche:</p> <ul style="list-style-type: none"> • interoperabilità dei sistemi • digitalizzazione dei flussi • telemedicina e telemonitoraggio • supporto amministrativo e infermieristico • riduzione del carico burocratico ripetitivo <p>Questo è fondamentale per spostare il tempo medico verso attività cliniche e di presa in carico</p>	<p>Il decreto prevede una disciplina transitoria su:</p> <ul style="list-style-type: none"> • titoli di accesso • equipollenze/equivalenze • medici in formazione • coordinamento tra vecchio rapporto convenzionale e nuovo rapporto dipendente <p>È quindi un testo che non si limita ad annunciare il cambiamento, ma costruisce il percorso di passaggio</p>

5

CRONOPROGRAMMA



6

LA NUOVA SANITÀ TERRITORIALE

RAZIONALE

Il decreto punta a rendere operative le **Case della Comunità** e a rafforzare assistenza primaria, presa in carico dei cronici, continuità territoriale e integrazione multiprofessionale.

Il webinar approfondisce come attuare questo modello integrando **MMG, farmacie dei servizi, sanità retail, telemedicina, telemonitoraggio e ospedali virtuali.**

LA NUOVA SANITÀ TERRITORIALE

PROGRAMMA SINTETICO

Apertura

Obiettivi dell'incontro e scenario della riforma.

Il nuovo modello territoriale

Case della Comunità, convenzione riformata, dipendenza selettiva, ruolo dei MMG nella rete dei servizi .

Farmacie dei servizi

Farmacie come presidi di prossimità per prevenzione, screening, aderenza terapeutica, teleconsulto e monitoraggio.

Sanità retail

Ambulatori leggeri, diagnostica rapida, punti salute e integrazione pubblico-privato nella rete territoriale.

Digitale, telemedicina e ospedali virtuali

Televisita, telemonitoraggio, assistenza domiciliare digitale, centrali operative territoriali, interoperabilità, FSE e AI. Il decreto richiama digitalizzazione, telemedicina e supporto organizzativo come leve essenziali della riforma

Conclusioni

Cinque priorità: operatività delle Case della Comunità, integrazione degli attori, uso strutturale del digitale, governance regionale, misurazione dei risultati.



WWW.MOTORESANITA.IT