

DOCUMENTO DI SINTESI

WWW.MOTORESANITA.IT

LA NUOVA SANITÀ TERRITORIALE

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

28 Aprile 2026

WEBINAR

dalle **9.30** alle **12.30**

Una riforma nata dall'urgenza di ripensare il sistema sanitario

Il confronto ha preso avvio dalla consapevolezza che il sistema sanitario italiano si trovi oggi davanti a una trasformazione non più rinviabile. L'esperienza della pandemia, l'invecchiamento della popolazione, l'aumento della cronicità e la difficoltà crescente degli ospedali nel gestire pazienti fragili e complessi hanno reso evidente la necessità di rafforzare la sanità territoriale e di superare un modello costruito prevalentemente sull'ospedale.

L'attenzione si è concentrata sullo schema di decreto-legge dedicato al riordino dell'assistenza territoriale, nato anche per dare una funzione concreta alle Case di Comunità previste dal PNRR. Tuttavia, è emersa con forza la critica relativa al metodo con cui questa trasformazione è stata impostata: molti partecipanti hanno evidenziato come il progetto sia stato costruito partendo prevalentemente dalle strutture fisiche e dagli investimenti immobiliari, senza un confronto preventivo approfondito con professionisti, Parlamento, sindacati e territori.

È stato sottolineato come il rischio concreto sia quello di realizzare contenitori senza contenuti organizzativi adeguati, generando "scatole vuote" incapaci di modificare realmente la presa in carico dei cittadini.

Dalla medicina centrata sul singolo professionista a una rete integrata di cura

Uno dei temi centrali emersi durante il dibattito riguarda il superamento del modello tradizionale basato sul medico isolato per approdare a un sistema integrato, multidisciplinare e connesso.

La nuova sanità territoriale è stata descritta come una rete composta da professionisti differenti chiamati a collaborare in modo strutturato all'interno di percorsi condivisi. Secondo numerosi interventi, il vero problema non è tanto il contenitore fisico delle Case di Comunità, ma la capacità di creare modelli organizzativi realmente funzionanti. È stato osservato che spesso il sistema sanitario continua a operare attraverso "silos" separati: ospedale da una parte, territorio dall'altra, e ulteriori frammentazioni all'interno dello stesso territorio. La sfida diventa quindi costruire continuità assistenziale e integrazione reale tra i diversi livelli di cura.

In questo senso, le Case di Comunità dovrebbero trasformarsi in piattaforme di coordinamento, non semplicemente in poliambulatori o luoghi di erogazione di prestazioni. L'obiettivo dovrebbe essere quello di costruire percorsi longitudinali di presa in carico della cronicità, riducendo ricoveri impropri e accessi al pronto soccorso.

Il nodo del rapporto tra medicina generale e Servizio Sanitario Nazionale

Gran parte del confronto si è concentrata sul tema più divisivo: il rapporto contrattuale dei medici di medicina generale e l'ipotesi di una loro maggiore integrazione nel Servizio Sanitario Nazionale attraverso forme di dipendenza.

Sono emerse posizioni molto differenti. Da una parte è stato evidenziato che nei principali modelli internazionali in cui esistono strutture territoriali pubbliche fortemente organizzate, i medici che lavorano stabilmente all'interno delle Case di Comunità sono spesso dipendenti del servizio sanitario. Dall'altra, molti interventi hanno difeso con forza il valore della convenzione e soprattutto del rapporto fiduciario tra medico e paziente, considerato elemento fondamentale della continuità assistenziale.

È stato sottolineato come la medicina generale non possa perdere il suo legame di prossimità con il cittadino, né trasformarsi esclusivamente in una funzione burocratica o organizzativa. Alcuni interventi hanno ribadito che il rapporto fiduciario rappresenta il principale fattore di appropriatezza clinica, adesione terapeutica e prevenzione dell'abbandono delle cure.

Allo stesso tempo, è emersa la consapevolezza che il sistema attuale non sia più sostenibile nella sua forma tradizionale e che serva una revisione profonda delle modalità organizzative e contrattuali, capace di integrare meglio il territorio con ospedali, specialistica e servizi sociali.

Il problema delle risorse umane e della carenza di infermieri

Uno dei punti più condivisi dell'intero dibattito riguarda la drammatica carenza di personale sanitario, in particolare infermieristico. È stato ripetuto più volte che il principale ostacolo alla piena operatività delle Case di Comunità non è soltanto la questione dei medici di medicina generale, ma soprattutto la mancanza di infermieri e professionisti territoriali.

Molti partecipanti hanno evidenziato che il sistema sanitario continua a soffrire di una programmazione insufficiente delle risorse umane e che il rischio è quello di costruire modelli teoricamente avanzati ma impossibili da sostenere nella pratica.

La discussione ha inoltre toccato il tema dell'attrattività delle professioni territoriali. È stato osservato come la medicina generale stia diventando sempre meno attrattiva per i giovani medici, anche a causa dell'eccessiva burocratizzazione, della frammentazione organizzativa e della mancanza di una formazione realmente integrata con il mondo universitario.

Formazione, università e nuove competenze

Un altro tema centrale è stato quello della formazione dei professionisti sanitari. È emersa una forte richiesta di rivedere il percorso formativo della medicina generale, oggi separato dal sistema universitario e gestito principalmente dalle Regioni.

Molti interventi hanno evidenziato la necessità di riconoscere alla medicina territoriale una dignità formativa paragonabile a quella delle altre specializzazioni mediche, introducendo percorsi strutturati, integrazione con l'università, attività di ricerca e formazione multidisciplinare.

È stato inoltre sottolineato come i futuri professionisti debbano essere preparati non solo dal punto di vista clinico, ma anche organizzativo, digitale e relazionale, in un contesto in cui la gestione della cronicità, la domiciliarità e il lavoro in team diventeranno sempre più centrali.

Particolare attenzione è stata dedicata alla pediatria territoriale, evidenziando la necessità di preservarne la specificità culturale, organizzativa e assistenziale, evitando modelli standardizzati che non tengano conto delle esigenze dei minori.

Digitalizzazione, Fascicolo Sanitario Elettronico e intelligenza artificiale

La trasformazione digitale è stata descritta come uno degli elementi chiave della nuova sanità territoriale. Fascicolo Sanitario Elettronico, Ecosistema Dati Sanitari, telemedicina, telemonitoraggio, ospedali virtuali e intelligenza artificiale sono stati indicati non più come strumenti del futuro, ma come tecnologie già necessarie per garantire sostenibilità e integrazione del sistema.

È stato ribadito che il digitale non deve aumentare il carico burocratico dei professionisti, ma liberare tempo clinico e migliorare la qualità della presa in carico. Il Fascicolo Sanitario Elettronico è stato indicato come elemento essenziale per garantire interoperabilità dei dati, continuità delle cure e condivisione delle informazioni tra ospedale, territorio e professionisti.

Molti interventi hanno sottolineato come l'Italia sia ancora in ritardo nella reale interoperabilità dei sistemi e nell'utilizzo concreto delle piattaforme digitali. È stata inoltre evidenziata la necessità di formare non solo i professionisti ma anche i cittadini, affinché il digitale non diventi un fattore di esclusione per anziani e fragili.

L'intelligenza artificiale è stata interpretata come un supporto strategico per sburocratizzare il lavoro medico, migliorare l'efficienza e affrontare la carenza futura di personale sanitario.

Le differenze regionali e il tema della governance

Il dibattito ha messo in luce anche la forte eterogeneità dei sistemi sanitari regionali italiani. Alcuni interventi hanno difeso la possibilità di differenziare i modelli territoriali in base alle caratteristiche locali, sostenendo che un modello unico nazionale non sarebbe adeguato alle diverse realtà geografiche e demografiche del Paese.

Altri hanno invece evidenziato il rischio che l'autonomia differenziata accentui ulteriormente le disuguaglianze territoriali, creando sistemi sanitari e modelli professionali sempre più differenti tra Regione e Regione.

È stato sottolineato come servano indicazioni nazionali più forti, soprattutto sui modelli organizzativi, sulla programmazione del personale e sugli standard di assistenza, evitando competizioni tra territori e professionisti.

La prevenzione e il ritorno alla sanità di prossimità

Accanto alla gestione della cronicità è emersa con forza la necessità di investire maggiormente sulla prevenzione. È stato osservato che il sistema sanitario italiano è diventato molto efficace nel gestire le malattie croniche e gli eventi acuti, ma ancora troppo debole nel prevenire l'insorgenza delle patologie.

La nuova sanità territoriale dovrebbe quindi sviluppare una forte capacità preventiva attraverso screening, educazione sanitaria, vaccinazioni, presa in carico precoce e monitoraggio continuo dei pazienti fragili.

In questa prospettiva, il domicilio è stato indicato come il primo luogo di cura e la sanità territoriale come il luogo privilegiato per costruire percorsi di prevenzione, continuità assistenziale e accompagnamento della persona lungo tutto il percorso di vita.

Il valore culturale della trasformazione

Al di là degli aspetti normativi e organizzativi, molti interventi hanno insistito sul fatto che la vera sfida sia culturale. È necessario superare logiche corporative, frammentazioni professionali e paure reciproche tra categorie sanitarie, favorendo invece collaborazione, multidisciplinarietà e responsabilità condivisa.

La nuova sanità territoriale è stata descritta come un cambiamento di paradigma che richiede un diverso modo di concepire il rapporto tra ospedale e territorio, tra professionisti e cittadini, tra cura e prevenzione.

Le Case di Comunità, in questa visione, non dovrebbero essere soltanto strutture sanitarie, ma nuovi luoghi identitari e relazionali per le comunità, capaci di restituire prossimità, sicurezza e continuità ai cittadini.

Temi emersi

- **Necessità di una profonda riforma della sanità territoriale** per affrontare cronicità, invecchiamento della popolazione e sostenibilità del sistema sanitario.
- **Criticità del metodo con cui è stata impostata la riforma del PNRR**, percepita come troppo centrata sulle strutture e poco sul confronto con professionisti e territori.
- **Rischio che le Case di Comunità rimangano “scatole vuote”** prive di personale e organizzazione adeguata.
- **Importanza del rapporto fiduciario tra medico e paziente** come elemento centrale della continuità assistenziale.
- **Necessità di superare la frammentazione tra ospedale e territorio** attraverso modelli integrati e multidisciplinari.
- **Grave carenza di infermieri** e difficoltà di reperimento del personale sanitario territoriale.
- **Necessità di rendere più attrattiva la medicina generale** e le professioni territoriali.
- **Dibattito aperto sul rapporto tra medici di medicina generale e Servizio Sanitario Nazionale**, tra convenzione e dipendenza.
- **Forte ruolo strategico della digitalizzazione**, del Fascicolo Sanitario Elettronico e della telemedicina.
- **Importanza della prevenzione**, della domiciliarità e della presa in carico precoce.
- **Criticità legate alle differenze regionali** e al rischio di aumento delle disuguaglianze territoriali.
- **Necessità di una nuova cultura organizzativa** basata su lavoro in team, integrazione e condivisione degli obiettivi.

Action points

- **Costruire un modello territoriale realmente integrato** tra ospedale, territorio, servizi sociali e domiciliarità.
- **Rafforzare le Case di Comunità** trasformandole in piattaforme operative di presa in carico e non semplici poliambulatori.
- **Sviluppare modelli flessibili** differenziati per aree urbane, interne e rurali.
- **Potenziare la medicina generale** attraverso strumenti diagnostici, telemedicina e integrazione multiprofessionale.
- **Accelerare l'interoperabilità del Fascicolo Sanitario Elettronico** e dell'Ecosistema Dati Sanitari.
- **Ridurre il carico burocratico dei professionisti** tramite digitalizzazione e intelligenza artificiale.
- **Investire nella formazione universitaria** e specialistica della medicina territoriale.
- **Creare percorsi formativi multidisciplinari integrati** tra università, ospedale e territorio.
- **Rafforzare il ruolo degli infermieri** e delle professioni sanitarie territoriali.
- **Sviluppare sistemi di remunerazione basati su outcome**, prevenzione e presa in carico.
- **Valorizzare la domiciliarità** come primo luogo di cura.
- **Potenziare prevenzione**, screening, vaccinazioni e monitoraggio dei pazienti cronici.
- **Favorire modelli di lavoro in team e cultura della corresponsabilità** tra professionisti.
- **Garantire un maggiore coordinamento nazionale** per evitare l'aumento delle disuguaglianze regionali.
- **Coinvolgere stabilmente professionisti**, sindacati, università e Parlamento nei processi di riforma sanitaria.



Comunicazione e redazione stampa
a cura di **www.mondosanita.it**

Registrati e ottieni le nostre
rassegne stampa in esclusiva

ORGANIZZAZIONE e SEGRETERIA

Elisa Spataro - 350 1626379
Aurora Di Cicco - 350 5232094
segreteria@panaceascs.com



WWW.MOTORESANITA.IT
