

**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

- A. Il decreto nasce per **garantire la piena operatività delle Case della Comunità**
- B. L'urgenza è legata alla necessità di rendere **concreto e funzionante** il nuovo modello di assistenza territoriale
- C. L'obiettivo non è solo organizzativo, ma di sistema: **rafforzare l'assistenza primaria**, la presa in carico e la continuità territoriale

2. CAMBIO DI PARADIGMA

- A. Il testo supera l'idea che la medicina generale possa evolvere **solo attraverso l'ACN**
- B. Introduce una **disciplina nazionale di cornice**
- C. Sposta il focus da un modello centrato prevalentemente sul rapporto individuale a un modello che valorizza anche la **funzione territoriale organizzata** del medico

3. ARCHITETTURA DEL NUOVO SISTEMA

Il decreto costruisce un **assetto a doppio canale**

1. CONVENZIONE RIFORMATA = canale ordinario

2. DIPENDENZA SELETTIVA = canale per le funzioni territoriali strutturate

Il doppio canale consente di:

- **mantenere la capillarità** della medicina generale
- **introdurre un presidio stabile** dove servono **funzioni più organizzate e continuative**

CONVENZIONE RIFORMATA

1. ELEMENTO CENTRALE

- 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:
 - **funzione territoriale**
 - soggetto inserito nella rete dei servizi
 - parte attiva del funzionamento del sistema territoriale
- NON IMPLICA MODIFICA O VARIAZIONI ENPAM**

2. COSA COMPORTA

La convenzione riformata introduce obblighi minimi strutturali **cambiando la modalità di remunerazione da assistito a obiettivo(vedi esempio)**

- **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

Esempio di modello alternativo

*Ipotesi **tariffa nazionale** per assistito: ~120 €/anno (2026) (da ~113€ + incrementi contrattuali indicati).*

Ripartizione esemplificativa per assistito:

- **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/progetti AFT

CASE DELLA COMUNITÀ: FULCRO DELLA RIFORMA

Diventano il **luogo strutturale** del nuovo assetto territoriale

Il decreto chiarisce che l'attività nelle CdC: non è più solo incentivata ma diventa **componente stabile del modello organizzativo**

DEBITO ORGANIZZATIVO MINIMO

Viene introdotto un **debito organizzativo minimo nazionale**

È modulabile territorialmente, quindi non rigido in modo uniforme e include almeno:

- rete territoriale
- presenza nelle CdC
- uso dei sistemi informativi
- adesione a indicatori e audit
- integrazione multiprofessionale

È uno degli strumenti principali per rendere il sistema **esigibile e misurabile**

DIPENDENZA SELETTIVA

1. FUNZIONE E PERIMETRO

Il decreto non trasforma, in una prima fase, tutta la medicina generale in dipendenza

Introduce una **dipendenza selettiva, programmata e non generalizzata**.

Serve per coprire le funzioni a maggiore intensità organizzativa:

- CdC hub
- CdC spoke individuate dalla Regione
- continuità assistenziale integrata
- coordinamento territoriale
- presa in carico strutturata

2. MEDICI SPECIALIZZATI: ASSUNZIONE A TEMPO INDETERMINATO

Nella fase transitoria, le aziende e gli enti del SSN possono assumere **a tempo indeterminato** i medici già operanti nella medicina generale che possiedano anche una specializzazione

L'accesso avviene:

- **su base volontaria**
- **nei limiti dei contingenti programmati**
- **per le funzioni territoriali strutturate**

La misura serve a dare **stabilità organizzativa** al nuovo modello territoriale

3. NESSUNA TRASFORMAZIONE GENERALIZZATA IMMEDIATA

Il decreto chiarisce che:

- a) il canale dipendente **non riguarda l'intera medicina generale**
- b) non vi è **trasformazione generalizzata e automatica** del sistema

La scelta è quindi:

- **graduale**
- **selettiva**
- **programmata**

Questo serve a garantire sostenibilità giuridica, organizzativa e finanziaria

ELEMENTI PRIORITARI DI GARANZIA

RUOLO STRATEGICO DELLE REGIONI

Le Regioni assumono un ruolo centrale nella programmazione

Devono definire:

- fabbisogni di attività nelle CdC
- priorità territoriali
- presidi e funzioni da coprire
- standard minimi organizzativi e informativi
- contingenti e sedi del canale dipendente

Il decreto valorizza quindi una **governance territoriale forte**, dentro un quadro nazionale comune

DIGITALE, SEMPLIFICAZIONE, SUPPORTO ORGANIZZATIVO

Il nuovo modello non si basa solo su più obblighi per il medico

Prevede anche:

- interoperabilità dei sistemi
- digitalizzazione dei flussi
- telemedicina e telemonitoraggio
- supporto amministrativo e infermieristico
- riduzione del carico burocratico ripetitivo

Questo è **fondamentale per spostare il tempo medico verso attività cliniche e di presa in carico**

FASE TRANSITORIA ORDINATA

Il decreto prevede una disciplina transitoria su:

- titoli di accesso
- equipollenze/equivalenze
- medici in formazione
- coordinamento tra vecchio rapporto convenzionale e nuovo rapporto dipendente

È quindi un testo che non si limita ad annunciare il cambiamento, ma costruisce il **percorso di passaggio**

CRONOPROGRAMMA

