

XII COMMISSIONE PERMANENTE

(Affari sociali)

S O M M A R I O

SEDE REFERENTE:

Disposizioni in materia di trasparenza dei rapporti tra le imprese produttrici, i soggetti che operano nel settore della salute e le organizzazioni sanitarie. C. 491-B Massimo Enrico Baroni, approvata dalla Camera e modificata dal Senato (*Seguito dell'esame e rinvio*) 22

RELAZIONI AL PARLAMENTO:

Relazione sullo stato di attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR). Doc. CCLXIII, n. 1 (*Seguito dell'esame, ai sensi dell'articolo 124 del regolamento, e conclusione. – Approvazione delle risoluzioni n. 8-00158 e 8-00159*) 23

ALLEGATO 1 (*Risoluzione presentata dal relatore approvata dalla Commissione*) 25

ALLEGATO 2 (*Risoluzione presentata dai deputati Bellucci, Gemmato e Ferro approvata dalla Commissione*) 30

UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI 24

SEDE REFERENTE

Giovedì 17 marzo 2022. — Presidenza della vicepresidente Michela ROSTAN.

La seduta comincia alle 14.

Disposizioni in materia di trasparenza dei rapporti tra le imprese produttrici, i soggetti che operano nel settore della salute e le organizzazioni sanitarie.

C. 491-B Massimo Enrico Baroni, approvata dalla Camera e modificata dal Senato.

(Seguito dell'esame e rinvio).

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento, rinviato, da ultimo, nella seduta del 10 marzo 2022.

Michela ROSTAN, *presidente*, ricorda che alle ore 16 di mercoledì 16 marzo è scaduto il termine per la presentazione delle pro-

poste emendative. Non ne sono state presentate.

Nessuno chiedendo di intervenire, avverte che il testo della proposta di legge C. 491-B sarà trasmesso alle Commissioni competenti per l'espressione dei rispettivi pareri. Una volta acquisiti questi ultimi, potranno essere verificati i presupposti per il trasferimento della proposta di legge alla sede legislativa.

Rinvia, quindi, il seguito dell'esame del provvedimento ad altra seduta.

La seduta termina alle 14.05.

RELAZIONI AL PARLAMENTO

Giovedì 17 marzo 2022. — Presidenza della vicepresidente Michela ROSTAN. – Interviene il sottosegretario di Stato per la salute, Andrea Costa.

La seduta comincia alle 14.05.

Relazione sullo stato di attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR).**Doc. CCLXIII, n. 1.**

(Seguito dell'esame, ai sensi dell'articolo 124 del regolamento, e conclusione. – Approvazione delle risoluzioni n. 8-00158 e 8-00159).

La Commissione prosegue l'esame della relazione in oggetto, rinviato, da ultimo, nella seduta del 16 marzo 2022.

Michela ROSTAN, *presidente*, ricorda che nella seduta di ieri, il relatore, deputato Novelli, ha presentato una proposta di risoluzione e che è stata presentata una risoluzione da parte dei deputati del gruppo parlamentare Fratelli d'Italia.

Roberto NOVELLI (FI), *relatore*, illustra una nuova proposta di risoluzione che recepisce le proposte di riformulazione avanzate dal Governo e tiene conto di quanto suggerito dal deputato Provenza (*vedi allegato 1*).

Il sottosegretario Andrea COSTA esprime parere favorevole sulla risoluzione presentata dal relatore Novelli, così come riformulata.

La Commissione approva la risoluzione presentata dal relatore, come da ultimo riformulata, che assume il n. 8-00158.

Michela ROSTAN, *presidente*, dà la parola al rappresentante del Governo per l'espressione del parere sulla risoluzione presentata dal gruppo Fratelli d'Italia.

Il sottosegretario Andrea COSTA, in relazione agli impegni di cui alla lettera *a*), esprime parere favorevole sul primo e parere favorevole sul secondo, a condizione per quest'ultimo sia inserita in premessa la locuzione « a valutare l'opportunità di » e che sia precisato che gli interventi avvengono nei limiti delle risorse disponibili.

Per quanto concerne la lettera *b*), esprime parere favorevole sul primo impegno di quelli riferiti al numero 1) a condizione che, alla fine, sia aggiunta la precisazione

« da definire con successivo decreto, previa intesa in sede Conferenza Stato-regioni » e parere favorevole sul secondo impegno a condizione che siano inserite in premessa le parole: « a valutare la possibilità, tenuto conto che al Parlamento possono essere forniti documenti solo se prescritti da norma ». In relazione al numero 2), propone la seguente riformulazione dell'impegno di cui al punto i): « la valorizzazione della partecipazione di tutte le risorse della comunità nelle diverse forme e attraverso il coinvolgimento dei diversi attori locali tra i quali le associazioni e le organizzazioni del Terzo Settore ». In relazione al primo degli impegni di cui al punto ii), esprime parere favorevole a condizione che siano aggiunte, in fine, le seguenti parole: attraverso la definizione di un successivo decreto che introdurrà, in particolare, uno specifico modello in materia di salute mentale, neuropsichiatria infantile, dipendenze e sanità penitenziaria, oggetto di intesa in sede di « Conferenza Stato-regioni » e parere favorevole sugli altri due impegni, nonché su quello relativo al punto iii).

Per quanto concerne il numero 3) della lettera *b*) esprime parere favorevole sull'impegno di cui al punto i) a condizione che sia inserito un riferimento alla necessità di operare in coerenza con le misure M6C2 1.3.1 e M6C2 2.2 (c), e parere sul restante impegno, nonché su quello di cui al numero 4). Esprime parere contrario sul primo impegno di cui al numero 5) e parere favorevole sul secondo. Esprime parere favorevole sull'impegno di cui al numero 6), a condizione che sia inserita in premessa la locuzione « a valutare l'opportunità di » e propone la seguente riformulazione relativa al numero 7): « a perfezionare il decreto di riparto delle risorse assegnate all'intervento M6C2 1.2.1, che sarà oggetto di intesa in sede di Conferenza Stato-regioni, per consentire l'avvio dell'intervento che prevede entro T2 2026 il raggiungimento di almeno 800.000 prese in carico domiciliari aggiuntive ».

Esprime, infine, parere favorevole sugli impegni di cui alle lettere *c*) e *d*).

Maria Teresa BELLUCCI (FDI), a nome del proprio gruppo, afferma di ritenere nel

complesso soddisfacente la disponibilità manifestata dal Governo nell'espressione dei pareri e, ringraziando il Governo per l'attenzione rivolta alla risoluzione a propria firma, accetta di riformularne gli impegni nel senso appena proposto dal sottosegretario Costa.

Evidenza, tuttavia, la permanenza di due ordini di criticità.

In primo luogo, in ordine all'unico impegno della risoluzione sul quale il Governo ha espresso parere contrario, riguardante il finanziamento dei contratti di formazione specialistica per i laureati nelle discipline sanitarie di area « non medica », pur comprendendo le ragioni alla base della contrarietà del Governo, sottolinea l'assoluta importanza del tema, e l'ampio consenso che su di esso si registra tra i gruppi parlamentari. L'assistenza di prossimità rischia di rimanere lettera morta se non si investe sulla formazione del personale, anche e soprattutto di livello non medico, che dovrà poi concretamente inverarla. A suo avviso, è alto il rischio di vedere ripetute le scene già viste nel corso dell'emergenza COVID-19, con nuovi reparti di terapia intensiva inaugurati in tempi rapidi ma poi impossibilitati ad operare per l'assenza di personale qualificato. Esposte queste riserve, ed auspicando fortemente che il Governo sia in grado di individuare soluzioni alternative per il reperimento delle risorse necessarie a far fronte a tali esigenze formative, accetta di espungere l'impegno in questione dal testo riformulato della risoluzione.

In secondo luogo, sottolinea come nelle premesse alla risoluzione proposta dal proprio gruppo di appartenenza – premesse sulle quali, a suo avviso, debba intendersi esteso il parere favorevole del Governo – vi sia un passaggio particolarmente impor-

tante, che stigmatizza la scelta dell'Esecutivo di individuare solo come raccomandati, e non obbligatori, all'interno delle Case della comunità di futura istituzione, i servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e della sanità penitenziaria. L'importanza del momento storico, e la rilevanza delle risorse stanziare per il settore sanitario, avrebbero certamente suggerito una ben diversa attenzione a tali situazioni di disagio, per poter garantire a tutti i cittadini che le vivono la possibilità di ricevere adeguate prestazioni di cura, e per concretizzare la definizione di salute come « stato di totale benessere fisico, mentale e sociale », fornita nel 1948 dall'Organizzazione mondiale della Sanità.

Celeste D'ARRANDO (M5S), replicando alla collega Bellucci, rileva come anche la risoluzione redatta dal relatore Novelli si occupa dell'ultimo tema da lei sollevato, e cioè dell'esigenza di rendere obbligatoria, e non meramente raccomandata, la prestazione nelle Case di comunità di servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile. Tale questione è anzi oggetto di uno specifico impegno.

La Commissione approva la risoluzione presentata dal gruppo parlamentare Fratelli d'Italia, come riformulata, che assume il n. 8-00159 (*vedi allegato 2*).

La seduta termina alle 14.20.

**UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO
DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI**

L'ufficio di presidenza si è riunito dalle 14.20 alle 14.30.

ALLEGATO 1

Relazione sullo stato di attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR). Doc. CCLXIII, n. 1.**RISOLUZIONE PRESENTATA DAL RELATORE APPROVATA DALLA COMMISSIONE**

La XII Commissione,

premessi che:

il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) si pone l'obiettivo di: migliorare la capacità di ripresa e di resilienza del nostro Paese; ridurre l'impatto sociale ed economico della crisi pandemica da SARS-CoV-2; sostenere la transizione verde e digitale; aumentare l'inclusione sociale e la crescita dell'economia e dell'occupazione;

per il raggiungimento di tali finalità, il Piano individua sei missioni: 1) Digitalizzazione, innovazione e competitività del sistema produttivo; 2) Rivoluzione verde e transizione ecologica; 3) Infrastrutture per una mobilità sostenibile; 4) Istruzione e ricerca; 5) Inclusione e coesione; 6) Salute. All'interno di ogni missione vengono individuate alcune aree di intervento, nell'ambito delle quali sono raggruppati i singoli progetti da finanziare;

il raggiungimento dei traguardi e degli obiettivi costituisce il presupposto necessario per l'ottenimento dei 191,5 miliardi di euro previsti dall'Unione europea per il nostro Paese.

L'erogazione di tale ammontare di risorse è prevista in dieci rate semestrali. La prima rata semestrale, relativa al 2021, consiste in un contributo finanziario di 11,5 miliardi e in un prestito di 12,6 miliardi, per un totale di 24,1 miliardi;

la scadenza finale per il completamento dei citati traguardi e obiettivi è fissata al 31 agosto 2026;

per l'anno 2022, il PNRR prevede 100 obiettivi da conseguire, tra adozione di

riforme e attuazione di investimenti, a cui è collegata l'erogazione di ulteriori 45,9 miliardi;

come indicato dalla Relazione in esame, l'Italia ha finora conseguito tutti gli obiettivi e traguardi richiesti entro i termini prefissati;

la presente Relazione, relativa all'anno 2021, è stata trasmessa dal Governo alle Camere il 24 dicembre 2021, ed è la prima delle previste Relazioni al Parlamento sull'attuazione del PNRR;

le successive Relazioni saranno trasmesse dal Governo entro la prima metà di aprile, in corrispondenza con la trasmissione del Documento di economia e finanza per il 2022, ed entro la fine di settembre;

il Documento in esame è finalizzato a mettere a conoscenza la Camera e il Senato in merito all'utilizzo delle risorse del programma *Next Generation EU*, ai risultati raggiunti e alle eventuali misure necessarie per accelerare l'avanzamento dei progetti;

la stessa Relazione evidenzia il fondamentale ruolo del Parlamento nell'attività di monitoraggio e, ove ritenuto opportuno, di indirizzo dell'attività del Governo nel corso dell'attuazione del PNRR;

la Relazione in esame, che la XII Commissione ha esaminato nelle scorse settimane, soprattutto attraverso lo svolgimento delle audizioni dei ministri interessati con riferimento alle materie oggetto della competenza della medesima Commissione, ha rappresentato un importante strumento conoscitivo e di approfondimento circa lo stato di avanzamento degli interventi, il loro impatto e l'efficacia rispetto

agli obiettivi perseguiti per il 2021, in vista della rendicontazione alla Commissione europea, ai fini del pagamento della prima delle undici rate semestrali previste dalla disciplina europea;

con riferimento agli interventi attuati nel corso del 2021 per i settori di competenza della XII Commissione, la Relazione in esame ricorda, nel paragrafo 4.2, dedicato agli « obiettivi trasversali: disuguaglianze e fragilità », l'approvazione della legge quadro sulle disabilità (M5C2-1), di titolarità del Ministro per le disabilità. Con quest'intervento, in conformità alle disposizioni della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, s'intende dotare il Paese del primo provvedimento normativo sistematico sulla materia;

sempre nel quadro degli strumenti finalizzati al sostegno ai soggetti più fragili si evidenzia, inoltre, il traguardo, nella titolarità del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, riferito all'adozione del Piano operativo relativo all'investimento per il sostegno alle persone vulnerabili e per la prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani (M5C2-5). Il medesimo Piano operativo definisce i requisiti dei progetti che dovranno essere presentati dagli enti locali, indicando quattro dimensioni di intervento: sostegno ai genitori di minori fino a 17 anni; sostegno all'autonomia degli anziani; servizi a domicilio per gli anziani e sostegno agli assistenti sociali. Nella Relazione in esame, si afferma che il traguardo della rata di dicembre 2021 è il primo passo per la realizzazione dell'investimento per il sostegno alle persone vulnerabili e la prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti (M2C2 – Investimento 1.1), a sua volta strettamente connesso con l'adozione della legge quadro sul sistema degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti (M5C2 – Riforma 2), che dovrà entrare in vigore entro il secondo trimestre dell'anno 2023;

per quanto concerne il Ministero della salute, la Relazione segnala che il 16 dicembre scorso è stato discusso in Conferenza Stato-regioni lo schema di decreto del Ministro della salute recante la ripar-

tazione delle risorse destinate alle regioni per i progetti del PNRR e del PNC;

con specifico riferimento all'obiettivo M6C1 – Riforma 1.1, Definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale, viene evidenziato che il Ministero, in collaborazione con le regioni, ha effettuato un lavoro di istruttoria e preparazione, al fine di garantire l'emanazione e l'entrata in vigore della riforma entro il 30 giugno 2022;

in relazione all'obiettivo M6C1 – Investimento 1.2, Casa come primo luogo di cura e telemedicina, il documento riporta che è stato concluso il ciclo di incontri finalizzato a una prima ricognizione dei progetti e che ciascuna regione è tenuta a definire il proprio piano operativo. All'interno del gruppo di lavoro Telemedicina è stato costituito il sottogruppo di lavoro per la definizione delle linee guida dell'assistenza domiciliare;

relativamente alla seconda componente della Missione del PNRR relativa alla salute, la Relazione, per quanto riguarda l'intervento M6C2 – Investimento 2.2, Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario, ricorda che nel luglio 2021 è stato determinato il numero globale dei medici specialisti da formare per il triennio 2020-23 e sono stati assegnati i contratti di formazione medica specialistica alle diverse tipologie di specializzazione. Nel novembre 2021 sono state assegnate alle regioni le risorse per il finanziamento delle borse di studio aggiuntive per il primo ciclo formativo del triennio 2021-2024;

per quanto concerne il Ministro per le pari opportunità e la famiglia si dà conto, nell'ambito dell'intervento M5C1 – Investimento 2, del lavoro preliminare finalizzato all'introduzione di un sistema di certificazione della parità di genere, con uno stanziamento previsto pari a 10 milioni di euro. Si evidenzia, inoltre, la recente approvazione del 5° Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età

evolutiva, che contiene 31 azioni di rafforzamento dei diritti delle persone minorenni, che operano in sinergia con le missioni indicate nel PNRR e che prevedono anche interventi specifici finalizzati: ad incrementare l'offerta già disponibile di servizi educativi e scuole dell'infanzia e ad investire nella loro accessibilità equa e sostenibile; alla costruzione e alla valorizzazione del ruolo delle comunità educanti; al rafforzamento dei consultori e all'istituzione di un servizio di psicologia scolastica per bambini e adolescenti, nelle scuole di ogni ordine e grado; alla promozione della salute materno-infantile,

impegna il Governo:

1) ad adottare, in un modello unitario coerente con il PNRR, un quadro regolatorio e valutativo a livello nazionale, che venga contestualizzato a livello regionale e che valorizzi le strategie di intervento ospedaliere e territoriali fino alle cure domiciliari in tutti i suoi aspetti – sanitario, tecnologico e sociale – anche con modalità sperimentali, per favorire la gestione dei differenti bisogni, con una valutazione periodica che consideri l'appropriatezza, l'accessibilità ai servizi e la soddisfazione degli utenti;

2) a tenere conto dell'impatto che gli aumenti del costo delle materie prime e i rincari dell'energia, alimentati dal conflitto in Ucraina, avranno sull'attuazione delle riforme previste nell'ambito della Missione Salute, anche nell'ottica di avanzare una richiesta di adeguamento delle risorse stesse in sede europea;

3) a prevedere che il rafforzamento della sanità e dell'assistenza territoriale comprenda parallelamente lo sviluppo delle AFT (aggregazioni funzionali territoriali) e UCCP (unità complesse di cure primarie) all'interno delle Case della comunità insieme alle figure professionali sanitarie e socio-sanitarie, quale tassello fondamentale della riforma della rete territoriale;

4) con specifico riferimento alle Case della comunità (M6C1 – Investimento 1.1):

a considerare l'introduzione di obiettivi di risultati (*outcome*) e non solo pre-

stazionali (*output*) per avere un'assistenza di alto profilo e orientata a dare una risposta ai bisogni, favorendo un modello di assistenza che punti su prevenzione, diagnosi precoce e cura sia in ambito sanitario che sociosanitario, e attuando una semplificazione organizzativa, anche attraverso un'aggregazione di professionisti che pianifichi e gestisca le attività assistenziali della popolazione (visite, scelta o revoca del medico, di riabilitazione e presidi, attivazione ADI e UVI, assistenza sociale, vaccini, *screening*, educazione sanitaria, e altro);

a considerare la necessità che le regioni, nel rispetto delle loro competenze e tenuto conto delle iniziative già adottate, siano tenute a indicare, nei piani operativi contenenti i piani di azione volti all'individuazione dei siti ove saranno istituite le Case della comunità, anche le conseguenti misure concernenti la riorganizzazione e la dotazione dell'organico; a valutare, inoltre, l'opportunità di prevedere un'articolazione organizzativo-funzionale (Distretto – AFT – Case della Comunità *spoke*) che tenga coerentemente conto delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione residente;

a valutare l'opportunità di individuare, anche nell'ambito della prossima adozione del cosiddetto « DM 71 », e in coerenza con il PNRR, come obbligatori, anziché raccomandati, i Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza, assicurando ai predetti servizi risorse strumentali e di organico idonei, anche per l'assistenza psicologica di base;

a supportare il cosiddetto « DM 71 » di idonei presupposti normativi di rango primario, tenuto conto del quadro normativo vigente, anche al fine di renderlo coerente con il PNRR, con il cosiddetto « DM 70 » sugli standard ospedalieri e con i livelli essenziali di assistenza, affinché l'erogazione delle prestazioni e dei servizi previsti nella rete di assistenza sanitaria territoriale avvenga in condizioni di qualità, appropriatezza e uniformità;

5) a considerare in particolare, nel contesto del superamento normativo del

decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70, e tenuto conto delle nuove strategie di organizzazione dell'assistenza territoriale, una valorizzazione dei Punti di primo intervento quale importante presidio per la visita e trattamento delle patologie urgenti a bassa gravità, per la riduzione degli accessi impropri nelle strutture di emergenza e per garantire un'assistenza adeguata per le patologie urgenti meno gravi nei territori più periferici;

6) a prevedere che, nell'ambito delle misure di potenziamento della medicina di territorio e dell'assistenza domiciliare previste dal PNRR, si presti particolare attenzione alla specificità delle necessità di cure specialistiche e di presa in carico multidimensionale delle persone con patologie croniche complesse, ivi inclusi i pazienti con malattie rare;

7) a considerare parte integrante della complessa riforma dell'assistenza territoriale la rete dei servizi e residenze socio-sanitarie accreditate con il SSN, con riferimento alla popolazione anziana, non autosufficiente, con disabilità o disagio mentale quali riferimenti essenziali per una compiuta continuità assistenziale, insieme alle nuove previsioni contenute nella Missione 6, prima componente, valorizzando maggiormente il ruolo delle comunità locali, degli ambiti territoriali e del terzo settore nella coprogrammazione, e coprogettazione degli interventi e programmi di salute;

8) a valutare l'opportunità di sostenere, nell'ambito degli interventi in favore delle persone anziane e non autosufficienti, e nei limiti delle risorse disponibili, il potenziamento degli *standard* organizzativi, strutturali e tecnologici delle residenze sanitarie assistenziali e delle strutture analoghe, destinando un'adeguata quota di risorse a tale obiettivo e assicurando, in ogni caso, la rappresentanza delle strutture medesime, del mondo del sociale e del terzo settore, presso le commissioni e i gruppi di lavoro istituiti presso il Ministero della salute e il Ministero del lavoro e delle politiche sociali;

9) con riferimento alla prevista riforma legislativa sulle cure per persone non autosufficienti, volta in particolare a sostenere l'assistenza domiciliare, a valutare l'opportunità di promuovere, nei limiti delle risorse disponibili, una drastica semplificazione della presa in carico, nonché a garantire un *budget* di salute alimentato con tutte le risorse disponibili, al fine di fornire risposte articolate riferibili anche ai bisogni della vita quotidiana;

10) a prevedere l'istituzione di tavoli regionali permanenti istituzionali e multiprofessionali, che includano rappresentanti delle professioni sanitarie e sociosanitarie ospedaliere e territoriali, per una costante condivisione di obiettivi e soluzioni organizzative che superino le criticità emergenti e rendano attuabile il nuovo modello di sanità secondo il PNRR nel rispetto delle professionalità, formazione, competenze, e abilitazioni;

11) a prevedere, con i prossimi interventi normativi, nei limiti delle risorse disponibili e tenuto conto delle misure già adottate, la possibilità di colmare la cosiddetta « gobba pensionistica » e « l'imbuto formativo » dei professionisti della sanità quali medici specialisti, infermieri e medici di medicina generale, sia attraverso un aumento delle disponibilità di accesso ai corsi di formazione universitaria sia, all'atto della definizione imminente del Documento di economia e finanza (DEF), con la previsione di adeguate risorse per una valorizzazione economica delle predette professioni;

12) con specifico riferimento alla fascia di età 0-6 anni e alla genitorialità, a proseguire nelle iniziative destinate a indirizzare maggiori investimenti per il periodo compreso tra il concepimento e la prima infanzia (*act early*), in accordo con quanto previsto dal documento sui primi 1000 giorni (« Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita ») elaborato dal Ministero della salute e approvato nel mese di gennaio 2020 dalla Conferenza Stato-regioni, volte in particolare a: estendere i servizi educativi per bambini di età compresa tra 0-3 anni po-

tenziando la rete dei servizi pubblici; promuovere la genitorialità responsiva mediante la sinergia tra pubblico e privato nell'ambito dei piani educativi 0-6 anni previsti dal decreto legislativo n. 65 del 2017; promuovere, in collaborazione con i servizi educativi, l'inserimento di contenuti relativi allo sviluppo del bambino e alla genitorialità anche attraverso il potenziamento della rete dei consultori, con particolare attenzione ai servizi di sostegno alla genitorialità, considerando anche le difficoltà a sostenere il costo dei nuovi servizi nel lungo periodo, prevedendo a tal fine, oltre alla garanzia di finanziamenti adeguati, soprattutto nelle regioni meridionali, anche modelli flessibili di costruzione e di gestione, specialmente attraverso il coinvolgimento del terzo settore; a prevenire il disagio e promuovere la salute e il benessere integrale delle bambine e dei bambini e delle ragazze e dei ragazzi in età scolare tramite l'istituzione di un servizio di psicologia scolastica per bambini e adolescenti nelle scuole di ogni ordine e grado e il rafforzamento dei consultori, dando attuazione all'azione n. 6 del 5° Piano nazionale

di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva;

13) a rafforzare l'attuazione dei patti educativi di comunità, dando attuazione alle azioni 5, 8, 28 e 29 del 5° Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva, come strumento principale per contrastare l'aumento della povertà, materiale ed educativa, avvalendosi anche dello strumento dei ristori educativi per compensare le ricadute negative della pandemia sul piano sociale, culturale, educativo e relazionale, causate dall'impatto della stessa pandemia su studentesse e studenti, nonché a rafforzare le politiche di supporto alle famiglie mediante il potenziamento della rete dei servizi sociali, anche d'intesa con i comuni e con una maggiore partecipazione degli enti del terzo settore, al fine di rafforzare la rete permanente di protezione sociale.

(8-00158) « Novelli, Ruggiero, Panizzut, Carnevali, Bagnasco, Lapia, Noja, Bologna, Stumpo ».

ALLEGATO 2

Relazione sullo stato di attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR). Doc. CCLXIII, n. 1.**RISOLUZIONE PRESENTATA DAI DEPUTATI BELLUCCI, GEMMATO E FERRO APPROVATA DALLA COMMISSIONE**

La XII Commissione,

esaminata per le parti di competenza la Relazione sullo stato di attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) (Anno 2021) (Doc, CCLXIII, n. 1) trasmessa dal Governo alle Camere il 24 dicembre scorso, come previsto dall'articolo 2, comma 2, lettera e), del decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2021, n. 108;

premesso che:

il Piano nazionale di ripresa e resilienza prevede 134 investimenti e 63 riforme, per un totale di 191,5 miliardi di euro di fondi cui si aggiungono le risorse dei fondi europei *React-EU* e del Piano nazionale per gli investimenti complementari (PNC), per un totale di circa 235 miliardi di euro, che corrispondono al 14 per cento circa del prodotto interno lordo italiano;

il Piano si compone di sei Missioni e sedici Componenti – che si articolano intorno a tre assi strategici condivisi a livello europeo: digitalizzazione e innovazione, transizione ecologica, inclusione sociale – e prevede tre priorità trasversali: parità di genere; miglioramento delle competenze, della capacità e delle prospettive occupazionali dei giovani; riequilibrio territoriale e sviluppo del Mezzogiorno;

nell'ambito degli obiettivi trasversali relativi alla parità di genere e alla riduzione del divario di cittadinanza (M5C2-1), di particolare rilevanza l'approvazione nel dicembre 2021 della legge quadro sulle disabilità (legge 22 dicembre 2021, n. 227), che, in conformità alle disposizioni della

Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, ha dotato l'Italia del primo intervento normativo sistematico sulla materia volto a ridisegnare la tutela della disabilità nei diversi ambiti e a prevedere processi più efficienti di erogazione degli interventi e dei servizi;

a seguito dell'approvazione della legge delega, dovrà seguire la riorganizzazione dei servizi sociali locali, la definizione di standard qualitativi e la messa a disposizione di piattaforme ICT per migliorare e rendere più efficienti i servizi;

sempre nel quadro degli strumenti finalizzati al sostegno ai soggetti più fragili si inserisce l'adozione nel dicembre 2021 del Piano operativo relativo all'investimento per il *Sostegno alle persone vulnerabili e la prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani* (M5C2-5). Il Piano definisce i requisiti dei progetti che dovranno essere presentati dagli enti locali, indicando quattro dimensioni di intervento: sostegno ai genitori di minori fino a 17 anni; sostegno all'autonomia degli anziani; servizi a domicilio per gli anziani e sostegno agli assistenti sociali;

il Piano rappresenta il primo passo per la realizzazione dell'investimento per il sostegno alle persone vulnerabili (M5C2 – Investimento 1.1), a sua volta strettamente connesso con l'adozione della legge quadro sul sistema di interventi in favore degli anziani non autosufficienti (M5C2 – Riforma 1.2), prevista dal PNRR per il 2023 e per la quale è stato costituito un gruppo di lavoro presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali incaricato della definizione della stessa: l'assistenza all'anziano non autosufficiente rappresenta il terreno d'elezione dell'integrazione tra as-

sistenza sanitaria e sociale; spostarne il baricentro prevalentemente sul versante sociale rischia di perpetuarne la cesura;

sempre nell'ambito della Missione 5, un piccolo inciso merita anche l'investimento 7 – *Progetto Sport e inclusione sociale* – per richiamare l'opportunità di prevedere nell'ambito delle strutture residenziali che svolgono programmi riabilitativi/assistenziali in favore di persone fragili e vulnerabili la realizzazione/ristrutturazione di impianti sportivi;

passando ad esaminare la Missione 6, relativa alla Sanità, l'Italia partiva certamente da una situazione di difficoltà di un Servizio Sanitario Nazionale frutto di una lunga stagione di tagli illogici ai tetti di spesa che hanno indebolito la forza e il radicamento della sanità territoriale, rendendo più fragile le politiche di prevenzione della salute pubblica: ritardo nell'adeguare il SSN al mutato contesto demografico, deficit digitale e crescita delle disuguaglianze nell'accesso ai livelli essenziali di assistenza;

nell'ambito delle iniziative di titolarità del Ministero della salute a valere sul 2022, l'atto più importante, al momento, è il decreto con la ripartizione delle risorse destinate alle Regioni per i progetti del PNRR e del PNC (approvato con Intesa in Conferenza Stato-Regioni in data 12 gennaio 2022), che prevede che ciascuna regione definisca il proprio piano operativo contenente le azioni volte al raggiungimento delle *milestone* e dei *target* entro il 28 febbraio 2022, fissando per il 31 maggio 2022 il termine entro il quale sottoscrivere il Contratto istituzionale di sviluppo;

il decreto provvede alla ripartizione integrale dei finanziamenti destinati alle Case e agli Ospedali di Comunità, rispettivamente 2 miliardi e 1 miliardo, mentre per l'assistenza domiciliare le uniche risorse stanziare riguardano le Centrali Operative Territoriali, con 204,5 milioni; nessuna risorsa, al momento, è stata prevista per le 292.000 prese in carico domiciliari aggiuntive programmate per il 2022 e, in questo senso, il PNRR, come più volte pa-

ventato, rischia di rimanere una grande operazione di edilizia sanitaria con risvolti marginali e a lungo termine (2026) in termini di incremento dei servizi ai cittadini;

con particolare riferimento alla M6C1, Riforma 1.1. – *Definizione di un nuovo modello organizzativo della rete dell'assistenza sanitaria territoriale* – il Ministero della salute, in collaborazione con le Regioni e con l'Agenas, sta lavorando ad una prima proposta di schema di riforma dell'assistenza territoriale. A corredo della relazione del Governo manca, e sarebbe invero necessario e funzionale al lavoro di esame della proposta di riforma da parte Parlamento, un piano d'integrazione fra assistenza sanitaria, assistenza sociale e modalità di integrazione di tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, i bisogni di salute della persona; questi ultimi, infatti, richiedono prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra azioni di cura e quelle di riabilitazione secondo uno schema che potrebbe prevedere che ad una domanda complessa si debba rispondere con una offerta integrata e complessa di servizio pubblico socio-sanitario;

sarebbe necessario, dunque, pianificare per poi realizzare servizi territoriali e di prossimità che siano integrati nelle reti cliniche e che rendano migliori le prese in cura e gli accessi alle cure (promozione di USCA e PDTA) e quindi « strutture diffuse » che erogano « prestazioni sul territorio » come se il territorio fosse il più grande degli ospedali;

a tale scopo, sarebbe necessario configurare gli spazi (case di comunità, ospedali di comunità e altro) non come fine dell'intervento e degli investimenti previsti, ma quali punti di accesso per una offerta continua e integrata di salute e come nodi di reti sociali e sanitarie, fisiche e digitali;

sempre nell'ambito della componente 1, particolare rilevanza riveste il DM 71, da adottare entro il 30 giugno, che reca il regolamento di rilancio della rete dei servizi territoriali e rappresenta, di fatto, la

riforma degli attuali assetti delle cure primarie e con il compito decisivo di indirizzare come spendere le risorse del Pnrr;

per la prima volta vengono definiti degli standard che dovranno essere rispettati in ogni regione, sotto la vigilanza dell'Agenas; il perno del sistema sarà il Distretto sanitario al cui interno rivestirà un ruolo fondamentale la Casa della Comunità dove i cittadini potranno trovare assistenza h24 ogni giorno della settimana; mentre rimangono gli studi dei medici di famiglia (definiti *spoke* delle Case della Comunità) che saranno collegati in rete per garantire aperture h12 sei giorni su sette;

all'interno del Distretto vi saranno poi gli Ospedali di Comunità con un forte assistenza infermieristica e saranno decisivi, ad esempio, per la presa in carico dei pazienti nelle fasi post ricovero ospedaliero o in tutti quei casi dove c'è bisogno di una particolare assistenza vicino al domicilio del paziente; vengono, infine, fissati gli standard per i servizi delle cure palliative (ad esempio gli hospice), per i dipartimenti di prevenzione e consultori familiari e nel nuovo sistema di cure primarie ruolo rilevante avranno anche le farmacie, identificate a tutti gli effetti come presidi sanitari di prossimità dove il cittadino potrà trovare sempre più servizi aggiuntivi;

nella programmazione della riforma dell'assistenza territoriale, però, un *vulnus* rilevante è rappresentato dalla scarsa attenzione riconosciuta all'area delle dipendenze, della salute mentale, della neuropsichiatria infantile e della sanità penitenziaria, che rimangono raccomandate e non obbligatorie all'interno delle case della salute come ambulatori, modello obsoleto e superato da decenni;

un ampio processo di riforma dell'assistenza territoriale non può prescindere dalla definizione di uno specifico modello di intervento nelle aree della salute mentale e delle dipendenze, come, purtroppo, sollecitato dalla costante crescita di situazioni di disagio acute dall'emergenza pandemica;

la mancanza di un riferimento esplicito all'area della Fragilità correlata a Di-

sturbi Mentali – Malattie Psichiatriche e Dipendenze Patologiche – è, peraltro, un tema trasversale alle Componenti di entrambe le Missioni in esame;

nonostante le persone prese in carico dai Servizi del SSN e del Privato Sociale siano oltre 1.000.000 in Italia, il PNRR non prende in debita considerazione le necessità di queste persone e delle loro famiglie, per le quali il Covid ha rappresentato una causa di interruzione o difficoltà di accesso alle cure e di aggravamento delle loro condizioni;

gli interventi in materia di Salute, inoltre, richiedono un investimento considerevole in termini di personale sanitario (ad es., 16.000 Infermieri, in relazione al numero di Case della Comunità/COT/Ospedali di Comunità che si intendono realizzare), ma ad oggi non è chiaro dove tali professionalità saranno reperite, considerato che i Servizi Territoriali, Ospedalieri e le Strutture Residenziali e Semiresidenziali esistenti ne denunciano da tempo la grave carenza: già nel periodo ante-pandemia, le Rappresentanze delle Professioni Infermieristiche stimavano in 70.000 unità il numero degli infermieri mancanti in Italia;

con riferimento alla M6C1 – Investimento 1.1. – *Case della Comunità e presa in carico della persona* – la relazione conferma la conclusione del ciclo di incontri finalizzato ad una prima ricognizione dei progetti, rimandando a ciascuna regione l'onere di definire il proprio piano operativo contenente piani di azione volti all'individuazione dei siti;

a riguardo, occorre sottolineare come le Case della Comunità abbiano un approccio troppo « sanitario », probabilmente derivato dal « trauma » provocato dagli ultimi due anni di emergenza pandemica, che hanno svelato quanto fosse fragile la Medicina di Territorio in tantissime aree dell'Italia, ma limitarle a questa funzione potrebbe rivelarsi un grosso errore, posto che le Case della Comunità possono rappresentare dei preziosissimi centri di propulsione di un nuovo approccio alla Salute, ovvero quello, appunto, di Comunità;

in generale, bisogna scongiurare il rischio che la necessità e l'urgenza di rispettare i tempi del PNRR portino i diversi livelli istituzionali coinvolti ad evitare i necessari processi partecipativi, quasi fossero una ulteriore perdita di tempo piuttosto che una concreta possibilità di conferire qualità alla programmazione stessa; si ribadisce la necessità di una previsione esplicita e permanente del coinvolgimento degli enti del terzo settore fin dalle prime fasi di proposta degli interventi da parte delle amministrazioni locali: tale passaggio è determinante perché, come ricorda la relazione stessa, in tali missioni «*la realizzazione concreta degli interventi viene assegnata a soggetti diversi, denominati soggetti attuatori. Questi soggetti, che hanno la responsabilità della realizzazione operativa degli interventi, sono molto spesso i Comuni e gli altri enti territoriali. (...)*». Il coinvolgimento degli enti territoriali attraversa le sei missioni del Piano, con una particolare concentrazione nell'area della Missione 5, *Inclusione e coesione, destinata prevalentemente ai Comuni, e nell'area della Missione 6, Salute, destinata quasi esclusivamente alle Regioni*»;

sempre nella relazione si legge: «*le amministrazioni locali partecipano alla realizzazione del PNRR in aree che variano dagli asili nido, ai progetti di rigenerazione urbana, all'edilizia scolastica e ospedaliera, all'economia circolare, agli interventi per il sociale. (...) Hanno, infine, un ruolo nella definizione e messa in opera di alcune delle riforme previste dal Piano in materia di disabilità, servizi pubblici locali, turismo e in altri settori di competenza decentrata*»;

il PNRR è un piano «*performance based*» che deve raggiungere dei risultati e questo può accadere con maggiore probabilità se è accompagnato, a tutti i livelli istituzionali di gestione, da un coinvolgimento maggiore e sussidiario del privato e del privato sociale, come le cooperative, quali soggetti in grado di contribuire alla costruzione di politiche inclusive efficaci, partendo dalla lettura dei bisogni del territorio;

in particolare, oltre al Tavolo permanente per il partenariato economico,

sociale e territoriale, l'articolo 8 del decreto-legge n. 77 del 2021 ha previsto che il Governo e le parti sociali maggiormente rappresentative stipulino un protocollo di intesa nazionale, affinché ciascuna amministrazione centrale titolare di interventi previsti nell'ambito del PNRR si impegni ad assicurare lo svolgimento di periodici tavoli di carattere settoriale e territoriale sui progetti di investimento e sulle riforme settoriali: i protocolli per il loro avvio sono ancora in corso di definizione, ma, considerando che le regioni (che gestiranno il 97% delle risorse della Missione 6 in qualità di soggetti attuatori), avevano come scadenza il 28 febbraio per elaborare i piani operativi su alcune importanti linee di investimento relative alla sanità territoriale ed è già stato emanato un primo decreto di ripartizione dei fondi, è essenziale stipulare quanto prima i protocolli funzionali all'avvio dei suddetti tavoli, al fine di favorire il coinvolgimento delle parti sociali per ora rimasto sulla carta;

e ancora, mancano e non sono stati ben definiti quali saranno i professionisti posti in servizio presso le strutture, secondo quali meccanismi di collaborazione interagiranno e quali saranno gli strumenti messi a loro disposizione all'interno delle Case della comunità: ad esempio, non appare definito il ruolo e la funzione del MMG, la presenza o meno del farmacista ospedaliero e l'eventuale collaborazione con la farmaceutica di comunità; sarebbe necessario ridisegnare e reinterpretare il ruolo della Farmacia di comunità in una logica di integrazione stretta con tutti i protagonisti coinvolti nei processi che porteranno a compimento la riorganizzazione dell'assistenza territoriale;

la Casa di comunità nel PNRR è stata eletta a luogo di coordinamento dei servizi multidisciplinari offerti ai pazienti cronici ma questo coordinamento non potrà funzionare se manca la circolarità di informazioni sanitarie fra i vari setting assistenziali. A tal fine, ad oggi, non è ancora stato realizzato il Fascicolo sanitario elettronico nazionale ma è stato «*solo*» sottoscritto un Accordo tra il Ministero della salute e il Dipartimento della transi-

zione digitale del Ministero della innovazione tecnologica e transizione digitale diretto a disciplinare i rapporti giuridici tra le parti finalizzato alla sua realizzazione;

con riferimento alla M6C1 – Investimento 1.2., è stato concluso il ciclo di incontri finalizzato ad una prima ricognizione dei progetti riferiti alla materia « Casa come primo luogo di cura e telemedicina ». Secondo quanto si evince dalla relazione di Governo, il 28 febbraio 2022 ciascuna regione ha definito il proprio piano operativo. All'interno del gruppo di lavoro Telemedicina, è stato costituito il sottogruppo di lavoro per la definizione delle linee guida dell'assistenza domiciliare. Entro il mese di dicembre 2021 è stato sottoscritto, sulla base delle indicazioni del Comitato interministeriale della transizione digitale, l'accordo tra Ministero della salute, Dipartimento della transizione digitale e Agenas, con allegato il relativo piano operativo;

per la sua piena attuazione, manca un piano di formazione per i professionisti sanitari che dovranno utilizzare gli strumenti di telemedicina in maniera tale da assicurare un'offerta di prestazioni sanitarie efficienti, sicure e di qualità;

inoltre, il piano non prevede soluzioni ai problemi determinati dal *digital divide* verticale (sarebbe opportuno formare e supportare i cittadini di tutte le età all'uso dei software di telemedicina) ed orizzontale (sarebbe opportuno colmare i gap formativi degli utenti nelle varie regioni nonché quelli infrastrutturali);

con riferimento alla M6C2 – Investimento 2.1. - *Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN* – la relazione riferisce che sono stati predisposti e approvati i documenti concernenti le tematiche da porre alla base dei bandi di ricerca, ma proprio in tema di ricerca e sviluppo non si rilevano indicazioni circa la possibilità di partecipazione ai bandi da parte dell'industria in un'ottica di sinergia tra settore pubblico e privato così da realizzare innovative reti di eccellenza massimizzandone il risultato;

con riferimento alla M6C2 – Investimento 2.2. - *Sviluppo delle competenze*

tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario – è stato determinato il numero globale dei medici specialisti da formare per il triennio 2020-23, sono stati assegnati per l'anno accademico 2020-2021 i contratti di formazione medica specialistica alle diverse tipologie di specializzazione;

la Commissione salute della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ha preventivamente definito il fabbisogno formativo regionale di medici di medicina generale per il triennio 2021-2024 e ha comunicato il riparto tra le Regioni dei 900 posti aggiuntivi per il corso di formazione specifica in medicina generale, assegnando alle Regioni le risorse per il finanziamento delle borse di studio aggiuntive per il primo ciclo formativo del triennio 2021-2024; nulla, invece, è previsto in materia di contratti di formazione specialistica per i laureati nelle discipline sanitarie di « area non medica »;

al netto dei finanziamenti previsti per l'area medica, infatti, sono state completamente ignorate tutte le altre professioni sanitarie (biologi, farmacisti, fisici, chimici, e altro) nel loro percorso, sia in fase di accesso alla professione (manca la definizione del fabbisogno) che nella fase di specializzazione (mancano i contratti di formazione);

la mancanza di contratti di formazione specialistica per « l'area non medica » crea un *discrimen* professionale e sociale, scaricando l'onere della formazione specialistica « non medica » sulle sole possibilità economiche personali;

inoltre, appare evidente, al netto della formazione dei singoli professionisti sanitari tramite i contratti di formazione specialistica, la mancanza di un piano che formi gli stessi a svolgere il lavoro in collaborazione; così come manca un piano che attraverso la formazione del personale sappia integrare le necessità di cura dei pazienti con i più recenti risultati della ricerca;

con riferimento, infine, alla M6C2 – Investimento 1.3. - *Rafforzamento dell'in-*

infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione –, mancherebbe ad oggi un piano di razionalizzazione degli enti che individui i diversi soggetti (ospedali di comunità, centrali operative territoriali, case della comunità), i rispettivi ruoli (ricoveri, degenze, prese in carico, assistenza domiciliare, servizi socio sanitari) e le conseguenti azioni (individuazione, programmazione e valutazione delle prestazioni) tramite la gestione accentrata in capo al Ministero competente; solo in seguito potrebbero essere attuati i piani operativi regionali di intervento sulle infrastrutture tecnologiche;

impegna il Governo:

a) con riferimento alla Missione 5, Componente 2:

1. Riforma 1.2. *Sistema degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti*: realizzare un progetto integrato di riforma tra assistenza sanitaria e sociale;

2. Investimento 7. *Progetto Sport e inclusione sociale*: a valutare l'opportunità di prevedere la realizzazione/ristrutturazione di impianti sportivi presso strutture residenziali che svolgono programmi riabilitativi/assistenziali in favore di persone fragili e vulnerabili nei limiti delle risorse disponibili;

b) con riferimento alla Missione 6, Componente 1:

1. Riforma 1.1. *Definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale*:

i. integrare il « DM 71 », recante *Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale* con la previsione di uno specifico modello di intervento in materia di salute mentale, neuropsichiatria infantile, dipendenze e sanità penitenziaria da definire con successivo decreto previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano;

ii. a valutare la possibilità, tenuto conto che al Parlamento possono essere forniti documenti solo se prescritti da norma, di elaborare e fornire al Parlamento un piano d'integrazione fra assistenza sanitaria, assistenza sociale e modalità di integrazione di tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, i bisogni di salute della persona, evidenziando, al contempo, un quadro definito delle nuove tecnologie di diagnostica e degli strumenti e metodologie di prevenzione fondamentali per il miglioramento dell'aspettativa e qualità della vita nonché un piano di prevenzione delle malattie croniche;

2. Investimento 1.1. *Case della Comunità e presa in carico della persona*: integrazione socio-sanitaria per una presa in carico globale, che preveda, in particolare:

i. la valorizzazione della partecipazione di tutte le risorse della comunità nelle diverse forme e attraverso il coinvolgimento dei diversi attori locali tra i quali le associazioni e le organizzazioni del Terzo Settore;

ii. la previsione di approcci complessi per l'area della fragilità, salute mentale e dipendenze:

1. presa in carico integrata sociale e socio-sanitaria della persona, riservando i luoghi di cura presso le sedi dei Centri di salute mentale, i Sert e le strutture del privato sociale attraverso la definizione di un successivo decreto che introdurrà, in particolare, uno specifico modello in materia di salute mentale, neuropsichiatria infantile, dipendenze e sanità penitenziaria, oggetto di intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;

2. politiche di prevenzione e promozione di stili di vita positivi e il monitoraggio del disagio;

3. sviluppo di nuove forme di prossimità e aiuto, sfruttando le potenzialità della telemedicina e delle nuove tecnologie;

iii. l'elaborazione di un piano che identifichi quali sono i professionisti sanitari impiegati nelle Case di comunità, evidenzii i meccanismi di interazione tra gli stessi, i ruoli e i conseguenti livelli di responsabilità e la strumentazione anche digitale necessaria per svolgere il lavoro in collaborazione;

3. Investimento 1.2.:

i. Elaborazione, in coerenza con le misure M6C2 1.3.1 e M6C2 2.2 (c), di un piano che preveda la formazione per i professionisti sanitari che dovranno utilizzare gli strumenti di telemedicina, la formazione e il supporto dei cittadini all'uso degli strumenti di telemedicina;

ii. identificazione di punti territoriali a bassa soglia ovvero ad accesso gratuito e di prossimità dove il cittadino possa essere supportato anche nelle minime operazioni quali, ad esempio, scarico di informazioni da dispositivi medici e collegamento alle piattaforme digitali così da migliorare la funzionalità delle cure a casa affiancando alla telemedicina la farmacia dei servizi;

4. Investimento 2.1.: previsione, nell'ambito del settore ricerca e sviluppo e dei relativi bandi, della compartecipazione da parte dell'industria in un'ottica di sinergia tra settore pubblico e privato, così da realizzare innovative reti di eccellenza massimizzandone il risultato;

5. Investimento 2.2.:

i. predisposizione di un piano che attraverso la formazione del personale sappia integrare le necessità di cura dei pa-

zienti con i più recenti risultati della ricerca;

6. Investimento 1.3.: a valutare l'opportunità della elaborazione di un piano che identifichi e attribuisca funzioni e responsabilità in ordine ai ruoli e alle azioni sul territorio;

7. a perfezionare il decreto di riparto delle risorse assegnate all'intervento M6C2 1.2.1, che sarà oggetto di intesa Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano per consentire l'avvio dell'intervento che prevede entro T2 2026 il raggiungimento di almeno 800.000 prese in carico domiciliari aggiuntive;

c) a stipulare quanto prima il protocollo di intesa nazionale tra il Governo e le parti sociali maggiormente rappresentative previsto dall'articolo 8 del decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, affinché ciascuna amministrazione centrale titolare di interventi nell'ambito del PNRR si impegni ad assicurare lo svolgimento di periodici tavoli di carattere settoriale e territoriale sui progetti di investimento e sulle riforme settoriali;

d) a introdurre la previsione esplicita e permanente del coinvolgimento delle cooperative sociali e degli enti del terzo settore fin dalle prime fasi di proposta degli interventi da parte delle amministrazioni locali, prevedendo meccanismi automatici di un loro coinvolgimento in partenariati operativi territoriali di pianificazione degli interventi.

(8-00159) « Bellucci, Gemmato, Ferro ».