

MOZIONE UNITARIA SANITA' TERRITORIALE

MOZIONE CONCERNENTE INIZIATIVE PER LA RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE

La Camera,

premessi che:

la pandemia da COVID-19 ha creato gravi problemi sanitari, economici e sociali in tutto il mondo; questa emergenza sanitaria ha drammaticamente amplificato le fragilità del nostro Servizio sanitario nazionale, mettendolo a dura prova per carenza di strutture, di personale e per disomogeneità regionali;

in quest'ultimo anno sono stati adottati provvedimenti per rafforzare la nostra sanità, specialmente all'interno dei reparti ospedalieri maggiormente coinvolti nell'emergenza, finalizzati ad implementare l'organico, ad assumere, tra personale sanitario, infermieristico e socio-sanitario, secondo quanto riferito dal ministero della salute, più di 36.000 unità e a rendere strutturale il progetto dell'infermiere di famiglia o di comunità;

l'ultima legge di bilancio ha previsto fondi per investimenti in edilizia e attrezzature sanitarie, delineando un percorso di miglioramento non solo strutturale e nell'ambito della sicurezza ma anche impiantistico e di ammodernamento tecnologico;

dopo un ampio ciclo di audizioni si è giunti ad individuare quali siano le priorità da affrontare attraverso l'utilizzo dei fondi del *Recovery fund*, con i quali, si auspica, si potranno finalmente apportare le giuste riforme sui punti deboli del nostro Ssn, emersi anche a seguito di questa pandemia;

tra le linee d'intervento e i progetti in cui si articola la Missione 6 del Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr), relativa alla salute, si evidenzia, in particolare il potenziamento della rete di assistenza territoriale, sanitaria e socio-sanitaria, quale elemento imprescindibile per garantire una risposta assistenziale appropriata ed efficace, in grado di demandare agli ospedali le attività di maggiore complessità, concentrando a livello territoriale le prestazioni meno complesse, attraverso lo sviluppo delle case di comunità, l'assistenza domiciliare integrata (Adi), la telemedicina, nonché implementando la presenza sul territorio degli ospedali di comunità;

nel mese di febbraio 2022 il Ministro della salute ha trasmesso alla Conferenza Stato-regioni il documento, cosiddetto «DM71», recante gli *standard* qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, standard che le regioni e province autonome saranno tenute a garantire, in coerenza con la predetta Missione 6 del Pnrr, attraverso l'adozione di un provvedimento generale di programmazione dell'assistenza territoriale, analogamente a quanto avvenuto, per l'assistenza ospedaliera, con il cosiddetto «DM 70»;

il 16 marzo 2022 la Conferenza Stato-regioni ha esaminato lo schema di decreto ministeriale cosiddetto «DM 71» ponendo alcune condizioni: progressività nell'attuazione in relazione anche alle risorse; implementazione e potenziamento del fabbisogno del personale e un'adeguata copertura finanziaria; costituzione di un Tavolo di lavoro per la determinazione delle

risorse necessarie; riforma urgente ed indifferibile delle disposizioni in materia di medici di medicina generale e un aggiornamento del percorso formativo; assunzione di medici di comunità e delle cure primarie e di medici dei servizi territoriali da impiegare nelle case della comunità, a seguito di appositi corsi abilitanti organizzati a cura delle regioni; impiego di tutto il personale sanitario e amministrativo necessario e risorse correlate; adozione di un successivo provvedimento per ulteriori *setting* territoriali, quali salute mentale, dipendenze patologiche e neuropsichiatria infantile;

nella successiva seduta del 30 marzo 2022, è stata espressa la mancata intesa da parte della predetta Conferenza sullo schema di decreto DM71 e, in seguito a ulteriori interlocuzioni, con delibera del Consiglio dei Ministri del 21 aprile 2022, il Governo ne ha autorizzato l'adozione senza la prescritta intesa;

secondo quanto si evince dalla bozza del «DM71», nell'ambito del distretto, quale articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda sanitaria locale (Asl) sul territorio di circa 100.000 abitanti, con variabilità secondo criteri di densità di popolazione e caratteristiche orografiche del territorio, la programmazione deve prevedere i seguenti *standard*:

- a) almeno una casa della comunità *hub* ogni 40.000-50.000 abitanti;
- b) case della comunità *spoke* e ambulatori di medici di medicina generale (Mmg) e pediatri di libera scelta (Pls) tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali; tutte le aggregazioni dei Mmg e Pls (Aft e Uccp) saranno quindi ricomprese nelle case della comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente;
- c) almeno un infermiere di famiglia o comunità ogni 2.000-3.000 abitanti: tale *standard* è da intendersi come numero complessivo di infermieri di famiglia o comunità impiegati nei diversi *setting* assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola;
- d) almeno un'unità di continuità assistenziale (un medico e un infermiere) ogni 100.000 abitanti;
- e) una centrale operativa territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il distretto abbia un bacino di utenza maggiore;
- f) almeno un ospedale di comunità dotato di 20 posti letto ogni 50.000-100.000 abitanti;

la casa di comunità rappresenta il modello organizzativo di governo delle risorse economiche destinate alla assistenza della comunità, con un *budget* specifico e ben definito sulla base della popolazione assistita, dei servizi offerti e dei risultati attesi; si fa carico di tutte le esigenze preventive, cliniche, mediche, infermieristiche, riabilitative, amministrative, socio sanitarie del proprio gruppo di assistiti, sia gestendo direttamente i servizi, che acquistando risorse da altri erogatori di attività specialistiche o sociali, con un meccanismo assistenziale del prendersi cura della persona nella sua complessità e non soltanto nell'intervenire al momento del bisogno, e coordinando l'intervento nei confronti degli stessi, anche nei settori amministrativi, socio sanitari, nell'intero arco della giornata e per tutta la settimana; l'erogazione di servizi ambulatoriali integrati comprensivi di servizi socio-sanitari può svolgersi nei medesimi ambienti attraverso il coordinamento con tutti gli operatori sanitari e amministrativi operanti nella struttura, semplificando così i percorsi sanitari ai cittadini;

nell'ambito dell'anzidetto potenziamento dell'assistenza territoriale, quindi, le case della comunità rappresentano il modello organizzativo che maggiormente concretizza l'assistenza di prossimità e il luogo fisico al quale l'assistito può accedere per poter entrare in contatto con il sistema dell'assistenza sanitaria e i principi che orientano lo sviluppo della casa di comunità sono, dunque, l'equità di accesso e di presa in carico, secondo il modello della medicina di iniziativa e il

principio dell'equità dell'assistenza declinato nelle sue varie dimensioni (es appropriatezza, sicurezza, coordinamento e continuità, efficacia e tempestività);

la casa di comunità intende dunque superare la sola logica “prestazionistica” per diventare anche un luogo dove gli enti del terzo settore non profit e del volontariato realizzano la co-progettazione e la co-programmazione, sviluppando i percorsi di inclusione sociale di cui alla legge 328 del 2000;

in tale contesto è evidente come anche il sistema informativo, e in particolare il fascicolo sanitario elettronico, sia essenziale laddove puntualmente integrato da tutti i livelli sanitari ed assistenziali, compresi quelli privati, tenuto conto che con gli strumenti di elevata tecnologia, informatici e telematici, e con la telemedicina, molti dei processi amministrativi e assistenziali potranno essere superati o agevolati, facilitando il cittadino;

trattandosi di una impostazione innovativa, come si evince dal Pnrr e dal documento «DM71», sarebbe necessario individuare anche un *layout* e indicatori utili per verificare se gli obiettivi previsti saranno raggiunti e in quale misura, non solo sotto l'aspetto della sostenibilità economica ma, soprattutto, dei risultati in termini di miglioramento dello stato di salute della comunità nonché della sua coesione sociale;

con il rafforzamento dell'assistenza domiciliare integrata (Adi), anche attraverso la predisposizione di budget di cura e l'integrazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, oltre che mediante il potenziamento dei supporti tecnologici e digitali, la presa in carico dovrà essere personalizzata e globale, nei confronti di ogni fragilità tale da consentire risposte adeguate attraverso la presenza di operatori che siano punto di riferimento certo nel tempo per i soggetti coinvolti e per l'affiancamento e sostegno dedicato ai *caregivers*;

il rafforzamento delle cure intermedie è perseguito anche attraverso la realizzazione di ospedali di comunità, quali presidi sanitari a lunga degenza con funzioni «intermedie» tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, mediante la riconversione o la riqualificazione di progetti e strutture già esistenti nonché attraverso la valorizzazione e il coinvolgimento delle strutture pubbliche e private convenzionate o convenzionabili con il Servizio sanitario nazionale;

considerato che:

i problemi esistenti del nostro sistema sanitario sono riconducibili a: alto costo per prestazione con risorse economiche limitate; incremento costante delle richieste di intervento; strutture di ricovero non del tutto idonee (50 per cento degli ospedali hanno meno di 120 posti letto); vetustà del patrimonio edilizio e tecnologie disponibili obsolete; ricoveri non appropriati per degenze prolungate; pronto soccorso con eccesso di utenza e tempi di risposta inadeguati; livelli di sicurezza non sempre appropriati; tempi di attesa elevati per le prestazioni sanitarie; scarsità di personale in termini quali/quantitativi; sede di ricovero non appropriata; copertura completa in ricovero tipici su 5/6 giorni per 8-12 ore/*die*; bisogni dell'utenza variati e risposte non sempre personalizzate o non sufficientemente personalizzate; elevato livello di burocratizzazione con processi particolarmente complessi per esigenze amministrative; modello organizzativo e normativo *ante* riforma di cui alla legge n. 833 del 1978 con base organizzativa e gestionale derivata dai modelli mutualistici *ante* riforma;

dinanzi alle suddette criticità si indicano, come elenco non esaustivo, anche tutti quegli elementi che potrebbero invece configurarsi come azioni qualificanti di politica sanitaria, adeguate al nostro sistema sociale ossia: alto livello di appropriatezza e di sicurezza; riduzione della

frequenza delle patologie e della loro gravità attraverso il rafforzamento dei sistemi territoriali di prevenzione; riduzione degli sprechi; riduzione delle degenze medie; qualità e tempestività della risposta; semplificazione clinica, organizzativa ed amministrativa; ottimizzazione del numero delle strutture e dei posti letto; attività di servizio sette giorni su sette e per 24 ore; elevato utilizzo degli impianti tecnologici; remunerazione mista, per risultato, per prestazione, per quota capitaria e per servizio; risposte personalizzate; partecipazione e coinvolgimento attivo del cittadino; organizzazione di un servizio sanitario e socio sanitario e sociale integrato; integrazione tra la rete di cura territoriale e i centri specializzati per le malattie rare e croniche ad alta complessità; migliore qualità di vita per il singolo e per la comunità; compatibilità economica con le risorse disponibili;

la gestione dei pazienti deve essere in grado di operare in un ambiente integrato, con facilità di comunicazione e interazione per la valutazione dei bisogni assistenziali, e naturalmente altamente informatizzato: è necessaria una struttura operativa organica e integrata che, grazie ad una responsabilità condivisa, potrà garantire una risposta complessiva e di qualità che dia soddisfazione alle necessità sanitarie e sociosanitarie grazie ad una maggiore sicurezza e appropriatezza clinica ed una qualificazione della attività;

una diversa organizzazione territoriale, che crei un filtro di alto livello e ad indirizzo preventivo, può ridurre in modo importante il fabbisogno sanitario per le patologie acute e cronico degenerative, attraverso la gestione precoce di molte patologie direttamente al domicilio del paziente; la gestione domiciliare, con un organico significativo, garantisce un'assistenza sanitaria, socio-sanitaria e sociale di alto livello;

la telemedicina appare finalmente matura per garantire servizi di alto livello per diagnosi, terapia e *follow up* di pazienti cronici anche in condizioni di scompenso cronico, per mantenere in equilibrio il paziente, garantirgli una gestione domiciliare monitorata e un intervento tempestivo in caso di necessità; la sburocratizzazione dell'organizzazione consentirà di reinvestire fondi per prestazioni sanitarie carenti sul territorio come l'odontoiatria convenzionata, la cura della salute mentale e la riabilitazione;

considerato altresì che:

nell'ambito di una riorganizzazione efficace del nostro sistema sanitario territoriale, buona parte delle azioni qualificanti su indicate potrebbero essere riconducibili anche alla valorizzazione del ruolo del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta, attraverso lo sviluppo di un effettivo lavoro di equipe con tutte le altre professioni della sanità e dell'assistenza socio-sanitaria e sociale, in una visione olistica della persona, dei suoi bisogni sanitari, assistenziali e sociali e per un risultato di sintesi che non sia solo medico;

i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, attraverso modelli di aggregazione multifunzionale e multidisciplinare (es. AFT, UCCP e altro) con specialisti ambulatoriali delle varie aree mediche e con tutte le figure sanitarie coinvolte, quali infermieri, riabilitatori, psicologi, ruoli amministrativi della sanità e assistenti sociali, dotati di tecnologie di base (ecg-spirometro-pulsiossimetro-ecografo-punto prelievi e altro), seguono tutte le diverse esigenze della persona sia in termini di prevenzione primaria e medicina di iniziativa sia per l'accesso ai percorsi di cura e assistenza, avendo particolare attenzione alla valutazione e all'appropriatezza dei trattamenti prescritti (visite, farmaci, ricoveri, prestazioni varie), nonché alla verifica dei risultati ottenuti;

per le patologie croniche e rare afferenti ai Centri di riferimento specialistici, l'assistenza e la terapia domiciliare, monitorata dai medici di medicina generale in rete con gli specialisti di

riferimento, presenta numerosi benefici, quali aderenza al trattamento e appropriatezza della cura, miglioramento da un punto di vista psicologico, somministrazione in sicurezza e in ambiente familiare, riservatezza sulla condizione del paziente, facilitazioni logistiche (lavoro/studio) e risparmio economico;

anche la prevenzione primaria può consentire di ottenere risultati significativi con una spesa decisamente modesta ma con un contributo al benessere generale molto elevato: numerose evidenze hanno chiaramente dimostrato, ad esempio, la maggior efficacia, economicità ed equità dei sistemi basati sulla “ Primary Health Care” ed anche il documento dell’OMS, “ Salute 2020”, conferma il ruolo centrale e strategico che l’ assistenza primaria dovrebbe assumere in tutti i sistemi sanitari del XXI secolo: la Primary Health Care prevede un investimento iniziale per spostare l’accento dalla performance sanitaria alla prevenzione e partecipazione in salute, producendo un forte risparmio di prestazioni sanitarie a medio e lungo termine, soprattutto rispetto ai ricoveri ospedalieri e agli accessi in pronto soccorso;

nel panorama dei servizi socio-sanitari presenti sul territorio, anche i Consultori familiari (CF) si caratterizzano per l’offerta attiva di una molteplicità di azioni e interventi, volta a ridurre l’effetto delle diseguaglianze sociali sulla salute. L’assistenza al percorso nascita, la prevenzione oncologica e le attività di promozione della salute rivolte agli adolescenti/giovani sono le aree programmatiche prioritarie dei CF;

occorre inoltre colmare l'assenza di obiettivi di risultato di salute e, se da un lato il nostro sistema sanitario è dotato di strumenti di gestione, come ad esempio il monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza, e di obiettivi prevalentemente quantitativi, dall'altro è incredibilmente privo di elementi di valutazione del risultato e di indicatori di salute; eppure indicare ad esempio, come obiettivo, la riduzione del 25 per cento dei pazienti affetti da diabete o colpiti da ictus, da patologie respiratorie o da tumori al polmone, avrebbe consentito, in questi anni, un impiego più efficiente delle risorse economiche derivante da uno stato di salute della comunità mediamente migliore rispetto all'attuale, con migliori prospettive per il futuro;

in tale ottica, dunque, la remunerazione potrebbe modificarsi in modo significativo, così da consentire il raggiungimento del migliore risultato clinico possibile al costo più adeguato e per la medicina generale, al fianco della remunerazione in base alla quota capitaria definita dal numero di pazienti al mese assegnati al medico, ovvero per la prestazione specialistica, al fianco della remunerazione per prestazione, dovrebbe esserci anche la remunerazione per risultato clinico o di salute, così da attivare azioni virtuose per il risultato atteso;

bisogna implementare un modello funzionale che garantisca un riconoscimento del risultato ottenuto (*pay for result*) e non solo il pagamento per prestazione, assicurando dunque un valore pregnante al risultato ottenuto per la salute dei cittadini; la presenza di medici di famiglia e di specialisti che lavorano e operano per risultato (e quindi tempestivamente quando necessario) e con tutte le tecnologie necessarie può rendere la diagnostica territoriale tempestiva e qualificata;

il sistema di remunerazione per risultato, applicato alle prestazioni mediche o sanitarie, denominato *pay-for-performance* – P4P, ha esperienze già realizzate in altri Paesi, come ad esempio in Germania, dove la sua attivazione ha prodotto risultati clinici significativi e una riduzione della spesa molto significativa; ed anche in Italia, è stato realizzato il progetto *Take Care* per la prevenzione primaria dei tumori nelle Asl di Bergamo e di Lodi;

impegna il Governo:

- 1) al fine di raggiungere gli obiettivi indicati dalla missione 6 del PNRR e assicurarne l'attuazione uniforme su tutto il territorio nazionale, ad adottare iniziative per prevedere che la riorganizzazione territoriale, come delineata nella bozza di decreto cosiddetto «DM71» sia sostenuta dal potenziamento del fabbisogno del personale sanitario e amministrativo, da un'idonea copertura finanziaria, da una riforma delle disposizioni in materia di medici di medicina generale
- 2) a prevedere, in una logica di risposte integrate a vantaggio della comunità, la declinazione e l'impiego delle professioni sanitarie ad alta valenza comunitaria (ad es. fisioterapista di comunità, psicologo di comunità, ostetrica di comunità, dietista di comunità), oltre al coinvolgimento attivo dei tecnici sanitari per le competenze specifiche sui temi della sanità digitale e del *connected health*;
- 3) ad adottare iniziative normative che possano colmare le soluzioni organizzative per rendere effettivo un modello di sanità con valorizzazione economica delle predette professioni in modo che sia attrattivo e vantaggioso lavorare presso le strutture territoriali;
- 4) ad adottare le iniziative di competenza e a reperire le risorse necessarie nell'ambito del rinnovo dei contratti, al fine di garantire tutele adeguate per i professionisti della medicina convenzionata, con riferimento particolare al riconoscimento dell'infortunio sul lavoro, del diritto alle ferie, della maternità assistita, dei permessi per malattia, nonché politiche continuative per le pari opportunità;
- 5) a valutare una revisione della formazione dell'operatore sociosanitario affinché venga garantita una migliore risposta ai bisogni di assistenza dei cittadini e non si abbia più una diversificazione e una frammentazione dei percorsi formativi a seconda della regione di appartenenza né una diversa definizione delle loro mansioni;
- 6) ad adottare le iniziative di competenza, anche normative, affinché i modelli di aggregazione rispondano alla logica della multidisciplinarietà e multi professionalità **per l'erogazione delle prestazioni, in regime di convenzione e con obbligazioni di scopo e risultato**, previa adeguata formazione del personale coinvolto, assicurando:
 - l'effettiva integrazione, la presa in carico e l'omogeneità nell'erogazione dei servizi attraverso le aggregazioni tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali, infermieri, assistenti sociali, fisioterapisti, psicologi, medici di continuità assistenziale, collaboratori di studio;
 - l'attivazione, per gli individui con condizione di fragilità o cronicità, gli interventi clinici e assistenziali di cui necessitano,;
 - la continuità di cura e assistenza, la gestione 24 ore su 24 per le necessità di primo livello e primo soccorso (codici bianchi o verdi) e il contestuale mantenimento del rapporto di fiducia medico-paziente nell'intero percorso assistenziale;
- 7) ad adottare le iniziative di competenza per recuperare e valorizzare il ruolo del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta nell'ambito della riorganizzazione territoriale, in quanto medici con assistiti in carico, assicurando agli stessi la centralità dell'assistenza territoriale, nell'ottica di un lavoro di equipe con le altre figure dell'assistenza sanitaria, socio sanitaria e sociale, anche nell'ambito delle case della comunità;
- 8) a promuovere, in specie nelle aree interne e montane, nelle piccole isole, nelle zone di confine e nelle altre aree nelle quali, per le caratteristiche geografiche e morfologiche del territorio, le case della comunità possano risultare distanti, il rafforzamento dello studio del medico di medicina generale, attraverso strumenti di prima diagnostica, rete e telemedicina nonché mediante l'integrazione con figure professionali dipendenti dall'azienda sanitaria di riferimento, al fine di garantire un'assistenza di prossimità adeguata e non accrescere le diseguaglianze territoriali;
- 9) a valorizzare la rete territoriale di assistenza e presa in carico del paziente anzitutto cronico, in modo da individuare i bisogni di cura anche attraverso attività di *screening* e sviluppare terapie adeguate a cominciare dalla erogazione delle prestazioni di cui all'articolo 11 della legge n. 69

del 2009 e dalla loro piena inclusione nei Livelli essenziali di assistenza dando così finalmente attuazione all'articolo 8, comma 2, del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017;

- 10) al fine di garantire una idonea presa in carico globale e un'adeguata assistenza domiciliare dei pazienti con malattie rare o croniche complesse, ad adottare iniziative per facilitare ed estendere l'assistenza e la terapia domiciliare per i pazienti cronici e i malati rari, nel rispetto della sicurezza dei pazienti, ottemperando alla realizzazione di una sanità di prossimità, con un coordinamento tra specialisti dei centri di riferimento e i medici di medicina generale;
- 11) **a sostenere, per le esigenze assistenziali che non sia possibile soddisfare con la domiciliarità, il potenziamento degli standard organizzativi, strutturali e tecnologici delle RSA e delle strutture analoghe, assicurando la partecipazione degli enti che rappresentano le predette strutture nelle commissioni, organismi e gruppi di lavoro presso il Ministero della salute e il Ministero del lavoro e delle politiche sociali;**
- 12) ad adottare iniziative per promuovere, con la popolazione a rischio, incontri di prevenzione in relazione all'evoluzione delle malattie croniche in modo da ridurre l'evoluzione verso la grave disabilità e il rischio di perdita dell'autonomia, sostenendo il mantenimento delle funzionalità e autonomie residue per le persone non autosufficienti;
- 13) ad integrare, nelle Case di comunità, anche i Consultori Familiari (CF) quali servizi territoriali, di prossimità, multidisciplinari, fortemente integrati con altri presidi socio-sanitari e caratterizzati da un approccio olistico alla salute, a tutela della salute della donna, degli adolescenti, della coppia e della famiglia diffusi sull'intero territorio nazionale e orientati ad attività di prevenzione e promozione della salute;
- 14) ad adottare iniziative di competenza, anche di carattere normativo, volte a potenziare l'odontoiatria pubblica, per consentire l'accesso ai ruoli dirigenziali del Ssn e alle funzioni di specialista ambulatoriale anche agli odontoiatri che non sono in possesso di un diploma di specializzazione ulteriore rispetto alla (già di per sé specialistica) laurea in odontoiatria e protesi dentaria, agevolando in questo modo il ricambio generazionale degli organici e l'erogazione di un maggiore volume di prestazioni;
- 15) ad adottare le iniziative di competenza affinché nella riorganizzazione della rete di medicina territoriale:
 - siano implementati ulteriori *setting* territoriali, quali la salute mentale, la dipendenze patologiche, la neuropsichiatria infantile e assistenza psicologica di base, creando così una rete capillare sul territorio, che possa garantire, almeno, per la fascia più giovane della popolazione una presa in carico immediata;
 - sia previsto il servizio dello psicologo di base, con la finalità di sostenere e integrare l'azione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, nell'intercettare e rispondere ai bisogni assistenziali di base dei cittadini, anche promuovendo efficaci strategie di prevenzione e di presa in carico dei soggetti maggiormente a rischio di suicidio;
- 16) a valutare l'opportunità di prevedere, in sinergia con il Ministero dell'Istruzione e con gli enti locali, all'interno degli istituti scolastici e nei servizi educativi, un presidio socio-sanitario, non solo per far fronte alle nuove problematiche indotte dalla pandemia Covid-19 ma anche al fine di una implementazione della prevenzione, protezione e promozione della salute individuale dei bambini e degli adolescenti con particolare attenzione all'educazione nutrizionale, ambientale e, per i ragazzi più grandi, alla salute mentale, all'uso di sostanze stupefacenti e alla salute riproduttiva;
- 17) ad adottare iniziative per introdurre meccanismi remunerativi innovativi, così da consentire il raggiungimento del migliore risultato clinico possibile al costo più adeguato, contemplando, al fianco della remunerazione in base alla quota capitaria e alla prestazione, anche la remunerazione per risultato clinico o di salute, così da attivare azioni corresponsabili e virtuose in relazione al risultato atteso;

- 18) al fine di ovviare alla mancanza di personale medico di medicina generale, nell'ambito della formazione, ad adottare le opportune iniziative volte a:
 - consentire l'accesso alla carriera di medico di medicina generale anche ai medici di comunità e delle cure primarie, a seguito dell'adeguamento dei percorsi formativi;
 - trasformare il corso di medicina generale in un corso di specializzazione universitaria, equiparandola a tutte le altre specializzazioni;
 - adeguare i percorsi di studio all'utilizzo delle nuove tecnologie esistenti;
- 19) a potenziare e innovare la struttura tecnologica e digitale del SSN a livello statale e Regionale, al fine di garantire un'evoluzione significativa delle modalità di assistenza sanitaria, migliorando la qualità e la tempestività delle cure, valorizzando il ruolo della persona assistita come parte attiva del processo clinico-assistenziale, e garantendo una maggiore capacità di governance e programmazione sanitaria guidata dalla analisi dei dati, nel pieno rispetto della sicurezza e della tutela dei dati e delle informazioni;
- 20) ad adottare iniziative per valorizzare il ruolo degli enti del terzo settore nell'ambito della riorganizzazione dell'assistenza territoriale e dell'integrazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, sostenendo iniziative affinché anche la casa di comunità promuova il ruolo del terzo settore non profit e del volontariato organizzato come co-progettazione e co-protagonista della CDC, sviluppando percorsi di inclusione sociale integrati con i distretti sanitario e sociali (L.328/00), valorizzando il ruolo dei sindaci, definendo gli obiettivi attesi ed effettuando la valutazione;
- 21) a valorizzare, nell'ambito dei progetti di riforma previsti dal Pnrr e dal cosiddetto «DM71», la rete delle strutture private accreditate esistenti, promuovendo il collegamento tra queste e le case della Comunità, al fine di sfruttare la capillarità dei servizi da esse offerti sul territorio e per ottenere prestazioni sanitarie diagnostiche e radiologiche in tempi brevi;
- 22) a promuovere il collocamento della figura del caregiver familiare, attualmente definita dall'articolo 1, comma 255, della legge 27 dicembre 2017, n. 205, nell'ambito di un quadro giuridico di riferimento, affiancandolo costantemente nelle attività e nella formazione e valorizzandone il ruolo anche da un punto di vista assistenziale, sociale e previdenziale;
- 23) ad adottare le opportune iniziative per garantire un costante monitoraggio dell'attuazione degli obiettivi previsti dal Pnrr e delle riforme di adeguamento a livello regionale e fornire un'informazione qualificata e trasparente in merito ai progetti di riforma dell'assistenza sanitaria territoriale, confrontandosi periodicamente con le Camere in merito ai progressi nella loro attuazione.