

## XII COMMISSIONE PERMANENTE

### (Affari sociali)

#### S O M M A R I O

#### SEDE CONSULTIVA:

Variazione nella composizione della Commissione .....	166
Proposta di Piano nazionale di ripresa e resilienza. Doc. XXVII, n. 18 (Parere alla V Commissione) ( <i>Seguito dell'esame e conclusione – Parere favorevole con condizione e osservazioni</i> ) .....	166
ALLEGATO 1 ( <i>Proposta di parere delle relatrici</i> ) .....	171
ALLEGATO 2 ( <i>Parere approvato dalla Commissione</i> ) .....	180

#### SEDE CONSULTIVA

*Martedì 23 marzo 2021. — Presidenza della presidente Marialucia LOREFICE.*

#### La seduta comincia alle 14.30.

#### Variazione nella composizione della Commissione.

Marialucia LOREFICE, *presidente*, comunica che i deputati Micaela Campana, Andrea Giorgis, Dorian Sarli, Rosa Menga e Fausto Longo cessano di far parte della Commissione e che entra a farne parte il deputato Stefano Lepri in sostituzione del Ministro Dario Franceschini.

#### Proposta di Piano nazionale di ripresa e resilienza. Doc. XXVII, n. 18.

(Parere alla V Commissione).

*(Seguito dell'esame e conclusione – Parere favorevole con condizione e osservazioni).*

La Commissione prosegue l'esame del documento, rinviato, da ultimo, nella seduta 3 marzo 2021.

Marialucia LOREFICE, *presidente*, ricorda che le relatrici, deputate Carnevali e Sportiello, alcuni giorni fa hanno inviato ai gruppi, per le vie brevi, la proposta di parere predisposta in relazione al documento in oggetto. Quest'ultima, modificata e integrata sulla base delle osservazioni pervenute, è stata resa disponibile ai deputati nella mattinata odierna.

Dà, quindi, la parola alle relatrici, per l'illustrazione di tale proposta di parere (*vedi allegato 1*).

Elena CARNEVALI (PD), *relatrice*, nel ringraziare preliminarmente gli uffici per l'apporto dato all'elaborazione della proposta di parere, segnala come essa contenga molte delle proposte di integrazione e di modifica pervenute, per le vie brevi, da parte di tutti i gruppi parlamentari.

Nell'auspicare che la Commissione Bilancio possa tenere nella dovuta considerazione il parere che la Commissione si accinge ad approvare, segnala che al momento tutti i rilievi sono stati formulati sotto forma di osservazioni, ferma restando la possibilità di trasformare alcuni di essi in condizioni. In particolare, ritiene che potrebbe essere trasformata in condizione

una parte dell'osservazione di cui alla lettera *a*), riferita alla Missione n. 6, laddove si prevede che, ai fini della realizzazione delle Case della Comunità, occorre prevedere i partenariati, gli accordi di programma e gli altri possibili strumenti giuridici e amministrativi con il coinvolgimento degli enti locali e degli enti del Terzo settore. Illustra, quindi, i contenuti della proposta di parere più attinenti alla materia sanitaria.

Gilda SPORTIELLO (M5S), *relatrice*, nell'associarsi alle considerazioni espresse dalla collega Carnevali rispetto al supporto degli uffici e all'apporto fondamentale proveniente dai diversi gruppi parlamentari per declinare al meglio i rilievi contenuti nella proposta di parere, ne illustra il contenuto, in relazione ai temi inerenti alle politiche sociali.

Maria Teresa BELLUCCI (FDI) esprime apprezzamento per le modalità attraverso le quali la Commissione ha svolto un compito complesso, anche con lo svolgimento di numerose e approfondite audizioni che hanno consentito di avere conoscenza dei diversi punti di vista.

Esprime apprezzamento per il fatto che sono state inserite nella proposta di parere alcune richieste provenienti dal gruppo Fratelli d'Italia, in particolare in relazione alla tutela della salute mentale, al ruolo degli psicologi, al potenziamento dei servizi di neuropsichiatria e di quelli per il contrasto alle dipendenze.

Nel rinnovare il proprio apprezzamento per la sensibilità mostrata dalle relatrici, rileva che non tutte le proposte avanzate dal suo gruppo sono state accolte, segnalando in particolare l'assenza di un riferimento allo psicologo di comunità all'interno dei servizi forniti dalle Case della comunità nonostante il parere nel suo complesso ponga, invece, una forte attenzione sul tema del benessere psicologico della popolazione. Osserva, inoltre, che sarebbe stato opportuno, per rendere più incisivo il parere, formulare alcuni rilievi sotto forma di condizioni, anche in ragione del fatto che la Proposta di Piano nazionale di ri-

presa e resilienza (PNRR) in esame appare oramai datata, anche a causa del cambio di Governo e di maggioranza nel frattempo intervenuti.

In conclusione, manifesta disponibilità a collaborare con gli altri componenti della Commissione per promuovere il recepimento dei rilievi espressi e monitorare l'attuazione del Piano. Preannuncia, quindi, sulla base di un'attenta valutazione degli aspetti positivi e degli elementi critici, il voto di astensione del gruppo Fratelli d'Italia sulla proposta di parere delle relatrici.

Celeste D'ARRANDO (M5S) ringrazia le relatrici per l'attenzione mostrata verso le proposte del Movimento 5 Stelle, in particolare per quanto concerne l'integrazione fra la dimensione sociale e quella sanitaria e la presa in carico delle persone con disabilità. Nel dichiarare di mantenere qualche perplessità sulle funzioni della Casa della comunità, che non appare una semplice evoluzione della Casa della salute, segnala che in tale ambito nella proposta di parere viene effettuato un riferimento ai distretti socio-sanitari. Al riguardo, osserva che sarebbe più opportuno menzionare i distretti sanitari, in quanto la prima tipologia di articolazione sul territorio delle aziende sanitarie locali è presente solo nella regione Veneto.

Rileva, inoltre, che, sempre in relazione alla Casa della comunità, si introduce un riferimento al *welfare* di comunità, osservando che tale concetto troverebbe una più appropriata collocazione all'interno dell'osservazione di cui alla lettera *h*) relativa alla Missione n. 6, che ha come oggetto il *budget* di salute.

In merito all'osservazione di cui alla lettera *b*), inerente alla medesima Missione, che ha come oggetto l'assistenza domiciliare integrata, considerato che la Casa della comunità dovrebbe rappresentare un luogo di integrazione socio-sanitaria, auspica un superamento dell'ottica prestazionale, anche in coerenza con quanto dichiarato dal Ministro per la salute nel corso dell'audizione svolta la scorsa settimana.

Lisa NOJA (IV), nel complimentarsi con le relatrici per il modo con cui hanno

svolto un compito difficile, elaborando un parere organico, che consente di proporre miglioramenti significativi del documento in esame, le ringrazia per aver accolto le proposte provenienti dal gruppo Italia Viva. Auspicando che il Governo ne tenga conto per colmare le attuali lacune, in particolare per quanto riguarda le politiche di sostegno alle persone con disabilità, propone un'integrazione limitata del parere per quanto concerne l'osservazione di cui alla lettera *f*) della parte relativa alla Missione n. 5, inserendo un riferimento esplicito alla proposizione di politiche attive del lavoro che tengano conto dei bisogni specifici delle persone con disabilità. Rileva che un intervento in tal senso sarebbe necessario anche per superare l'attuale criticità che si riscontra in sede di applicazione delle misure previste in relazione al reddito di cittadinanza.

Sulla base di tali premesse, preannuncia il voto favorevole del suo gruppo sulla proposta di parere delle relatrici.

Roberto NOVELLI (FI), nell'esprimere il proprio riconoscimento alle relatrici per il loro operato, evidenzia come la proposta di parere in discussione sia volta a integrare in maniera ambiziosa il Piano. Osserva che, in tal modo, prende avvio un percorso articolato e difficile, finalizzato a delineare la sanità e i servizi sociali del prossimo futuro.

Esprime soddisfazione, in particolare, per l'accoglimento nel parere di un riferimento, proposto dal proprio gruppo, alla necessità di dare piena attuazione alla legge n. 38 del 2010 sulle terapie del dolore e le cure palliative, dando in tal modo seguito alle risultanze dell'indagine conoscitiva svolta dalla XII Commissione. Valuta favorevolmente anche l'accoglimento delle proposte relative al potenziamento delle risorse per la ricerca indipendente e allo sviluppo della medicina scolastica, riprendendo in tal modo una buona prassi purtroppo trascurata negli ultimi anni. Dichiarò, pertanto, il voto favorevole di Forza Italia sulla proposta di parere.

Arianna LAZZARINI (LEGA), in merito alle considerazioni svolte dalla collega D'Ar-

rando sui distretti sanitari, suggerisce di integrare il parere con un richiamo in tal senso, senza sopprimere il riferimento ai distretti socio-sanitari. Segnala, infatti, anche sulla base della sua esperienza di sindaco di un comune della regione Veneto, l'importanza di tali strutture, che consentono una maggiore integrazione dei servizi sociali e sanitari.

Massimo Enrico BARONI (MISTO-L'A.C'È) si associa alle considerazioni sulla proposta di parere elaborata dalle relatrici, osservando che essa si muove nel solco dei rilievi deliberati dalla Commissione nel settembre del 2020 sulle proposte di linee guida elaborate dal governo per la definizione del PNRR. Ritiene che il parere che la XII Commissione si appresta ad approvare possa costituire uno strumento valido anche al fine di contrastare la tecnocrazia presente all'interno dei Ministeri, che non consente di promuovere una piena integrazione di servizi sociali e sanitari.

Nel condividere le considerazioni espresse dalla collega D'Arrando per quanto concerne il funzionamento delle Case della comunità e il loro rapporto con le Case della salute attualmente esistenti, ricorda che queste ultime attualmente già presentano una forte carenza di personale a causa del blocco del *turn over* attuato negli anni passati.

Rileva, poi, come la proposta di parere non presti la dovuta attenzione, probabilmente anche a causa della struttura del documento in esame, che concentra gli interventi in materia di digitalizzazione nella Missione n. 1, al concetto di *usability*, ricordando che appare necessaria un'adeguata alfabetizzazione informatica, accompagnata da flessibilità e controllo degli strumenti a disposizione. A titolo esemplificativo, richiama le difficoltà legate all'utilizzo del meccanismo di segnalazione degli eventi avversi in relazione al vaccino AstraZeneca sul sito *internet* dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa). Rileva, inoltre, come non venga richiamata nella proposta in oggetto il concetto del benessere organizzativo.

Ritiene che l'Aifa dovrebbe tutelare la propria indipendenza, in particolare nei casi in cui si sviluppi una collaborazione

fra soggetto controllante e soggetto controllato.

Esprime, quindi, apprezzamento per l'inserimento del parere di un riferimento alla piena applicazione della legge n. 68 del 1999 per l'integrazione nel mondo del lavoro delle persone con disabilità, tema da lui stesso sollevato nel corso della recente audizione del Ministro Orlando. Nel ribadire un giudizio complessivamente positivo sulla proposta di parere, osserva come essa appaia per alcuni aspetti « timida », formulando tutti i rilievi sotto forma di osservazioni, con il rischio che in tal modo le proposte avanzate non siano tenute nella dovuta considerazione da parte del Governo. Alla luce delle considerazioni svolte, preannuncia il voto favorevole sulla proposta di parere da parte della sua componente che, a suo avviso, rappresenta l'unica forza di opposizione dichiaratamente antifascista.

Rossana BOLDI (LEGA) si associa ai ringraziamenti rivolti alle relatrici le quali hanno dovuto svolgere un compito non facile a causa dell'ampiezza dei temi trattati. Per quanto concerne la formulazione del parere, ricollegandosi anche a quanto ricordato dalla collega Lazzarini, condivide quanto prospettato all'inizio della seduta dall'onorevole Carnevali, di formulare come condizione l'ultima parte dell'osservazione di cui alla lettera *a*) riferita alla Missione n. 6, relativa al ruolo degli enti locali e di quelli del Terzo settore rispetto alla realizzazione delle Case della comunità.

Valuta favorevolmente l'accoglimento delle proposte avanzate dalla Lega in tema di revisione di quanto previsto dal decreto ministeriale n. 70 del 2015, in materia di riorganizzazione della rete ospedaliera, anche in ragione delle forti difficoltà determinatisi nell'attuale fase pandemica a causa della mancanza di posti letto. Esprime soddisfazione anche in relazione all'inserimento di richiami alle farmacie di servizi e all'aggiornamento del nomenclatore tariffario delle prestazioni sanitarie protesiche, segnalando che le notevoli innovazioni tecnologiche intervenute nell'ultimo ventennio ne rendono di fatto molto difficile l'applicazione da parte degli operatori sanitari.

Ritiene utile inserire, nell'ambito dell'osservazione relativa alla formazione del personale sanitario, un riferimento alle gravi carenze in materia di dotazione del personale non medico ricordando, in particolare, che il numero di infermieri in Italia è decisamente inferiore alla media dei Paesi europei. Ritiene doveroso potenziare tale figura professionale, valorizzandola e assicurandole una maggiore indipendenza, soprattutto all'interno di una visione che si basa sul potenziamento dell'assistenza domiciliare e dei progetti di cure individuali, conseguendo in tal modo anche l'obiettivo di alleggerire i professionisti medici rispetto ad alcune incombenze.

Dichiara il voto favorevole della Lega sulla proposta di parere, con l'auspicio che almeno una parte delle proposte in esse contenute possono essere realizzate. Al riguardo, evidenzia che, mentre appare più agevole un monitoraggio delle misure adottate nell'ambito del potenziamento delle strutture e del loro adeguamento tecnologico, rappresenta una sfida senz'altro più difficile di quella di promuovere un reale miglioramento delle condizioni di lavoro del personale sanitario.

Francesco SAPIA (MISTO-L'A.C'È) reputa che un elemento positivo all'interno della proposta di parere sia la presenza di un richiamo all'esigenza di superare l'impostazione data con il decreto ministeriale n. 70 del 2015, potenziando così la rete di assistenza presente sul territorio, nonché gli impegni relativi alla tutela della salute mentale, come richiesto dal collega Baroni.

Dichiara di condividere alcune perplessità in relazione alla realizzazione delle Case della comunità, ricordando che in Calabria le Case della salute, realizzate dopo il ridimensionamento della rete ospedaliera, non sono attualmente in grado di garantire numerosi servizi essenziali.

Coglie l'occasione per ricordare che in tale regione non sono ancora stati nominati i subcommissari e che, pertanto, non trova applicazione quanto disposto dal decreto-legge relativo alla sanità calabrese, l'ultimo intervento normativo che, a suo avviso, ha ulteriormente mortificato la regione.

Dario BOND (FI), nel segnalare l'esigenza di potenziare le strutture destinate alla riabilitazione dei pazienti che subiscono le conseguenze di lungo periodo del COVID-19 e che spesso presentano problematiche quali difficoltà respiratoria o disagi di tipo psicologico, propone di inserire nel parere un richiamo in tal senso, anche al fine di non gravare eccessivamente sulle strutture intermedie con tale attività di assistenza. Segnalando, poi, che il parere contiene un'osservazione relativa al riordino del sistema di emergenza territoriale 118, ricorda che resta da rivedere in tale ambito il ruolo dell'autista soccorritore.

Elena CARNEVALI (PD), *relatrice*, chiede una breve sospensione dei lavori per poter predisporre, insieme alla collega Sportiello, le integrazioni alla proposta di parere sulla base delle richieste emerse nel corso della discussione.

Marialucia LOREFICE, *presidente*, sospende brevemente la seduta.

**La seduta, sospesa alle 15.40, è ripresa alle 15.50.**

Elena CARNEVALI (PD), *relatrice*, anche a nome dell'altra relatrice, deputata Sportiello, illustra una nuova formulazione della proposta di parere (*vedi allegato 2*), precisando che essa contiene una parte consistente dei suggerimenti emersi nel corso della discussione appena svolta. Segnala, in particolare, come sia stata trasformata in condizione una parte dell'osservazione relativa al ruolo degli enti locali e del Terzo settore ai fini della realizzazione delle Case della comunità.

La Commissione approva la proposta di parere delle relatrici, come da ultimo riformulata.

**La seduta termina alle 15.55.**

## ALLEGATO 1

**Proposta di Piano nazionale di ripresa e resilienza. Doc. XXVII, n. 18.****PROPOSTA DI PARERE DELLE RELATRICI**

La XII Commissione,

esaminata la Proposta di Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR – Doc. XXVII, n. 18), per le parti di competenza, costituite principalmente dalla Missione n. 6, « Salute », e dalla Missione n. 5, « Inclusione e coesione », con riferimento alla seconda componente, « Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e Terzo settore »;

tenuto conto, altresì, della Missione n. 4, « Istruzione e ricerca », con riferimento alla componente « Ricerca e impresa », nell'ambito della quale è ricompresa una linea d'intervento che verte sul tema della ricerca nel settore della salute;

sottolineate le tre priorità trasversali del PNRR: realizzare la parità di genere; garantire la piena partecipazione dei giovani alla vita culturale, economica e sociale del Paese; ridurre i divari territoriali e rilanciare lo sviluppo del Sud;

evidenziato come la parità di genere sia considerata quale criterio di valutazione di tutti i progetti (*gender mainstreaming*), intendendosi realizzare una piena parità di accesso, economica e sociale, della donna;

tenuto conto dell'ampio ciclo di audizioni svolte presso la XII Commissione – che hanno visto la partecipazione, tra gli altri soggetti intervenuti, degli Ordini delle professioni mediche e sanitarie, dell'Istituto superiore di sanità, di dirigenti del Ministero della salute, di associazioni rappresentative delle persone con disabilità, del Terzo settore, della famiglia, dei giovani, nonché di esperti della materia –, conclusesi con le audizioni dei Ministri della salute, del lavoro e delle politiche sociali, per la famiglia e le pari opportunità, per le disabilità e per le politiche

giovanili nonché delle memorie scritte pervenute;

ricordati i contenuti dei rilievi deliberati dalla XII Commissione il 29 settembre 2020 e trasmessi alla V Commissione, che sulla base dei rilievi espressi dalle Commissioni permanenti ha, quindi, predisposto la Relazione sull'individuazione delle priorità nell'utilizzo del *Recovery Fund* (Doc. XVI, n. 4), approvata dall'Assemblea della Camera il 12 ottobre 2020;

premesso che:

con riferimento ai progetti inerenti alla salute, contenuti nella Missione n. 6, il totale delle risorse previste ammontano complessivamente a 19,72 miliardi, tra nuove risorse, risorse in essere e risorse REACT-EU;

con riferimento alle risorse afferenti a tale Missione, si rileva, in generale, come esse si concentrino principalmente sugli investimenti in conto capitale e meno sulla parte corrente per gli investimenti per il personale – come segnalato peraltro nella relazione della Corte dei conti di febbraio 2021; si auspica, pertanto, che tale lacuna venga colmata attraverso successivi provvedimenti normativi;

quanto alle linee di intervento e ai progetti in cui si articola la Missione in oggetto, per i quali sono stanziati le predette risorse, si sottolineano, in particolare:

il potenziamento della rete di assistenza territoriale, sanitaria e socio-sanitaria, elemento imprescindibile al fine di 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'assi-

stenza domiciliare integrata (ADI), la telemedicina, nonché implementando la presenza sul territorio degli Ospedali di comunità, presidi sanitari a degenza breve con funzioni « intermedie » tra il domicilio e il ricovero ospedaliero;

il rafforzamento della visione della salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente, « *One-Health* », nell'ambito del quale si prevede la realizzazione di un Piano di riforme e investimenti finalizzato all'istituzione della rete « Sistema nazionale di prevenzione salute-ambiente-clima – SNPS », articolata a livello centrale regionale e territoriale, per la piena integrazione con l'esistente Sistema nazionale per la protezione ambientale (SNPA);

l'ammodernamento delle tecnologie in dotazione presso le strutture ospedaliere, la digitalizzazione dei processi clinico-assistenziali ospedalieri, il miglioramento strutturale in termini di sicurezza degli ospedali, il completamento e la diffusione del fascicolo sanitario elettronico (FSE) e il potenziamento del Sistema informativo sanitario nazionale;

la valorizzazione e il potenziamento della ricerca biomedica del Servizio sanitario nazionale (SSN), prevedendo in particolare il finanziamento di progetti di ricerca finalizzata in materia di malattie rare e tumori rari e la realizzazione di *Hub Lifescience*, infrastrutture dedicate alla ricerca pubblica-privata, all'attrazione di iniziative imprenditoriali innovative, al trasferimento tecnologico e allo sviluppo di servizi e attività per l'*open innovation*;

lo sviluppo delle competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali dei professionisti in sanità;

evidenziate le riforme da realizzare con riferimento alla Missione in esame, richiamate nel PNRR, *in primis* l'intervento di riforma concernente la riorganizzazione della rete degli IRCCS per contribuire al miglioramento delle eccellenze del SSN, in particolare rivisitando il regime giuridico degli IRCCS e delle politiche della ricerca

afferenti al Ministero della salute per rafforzare le capacità di risposta del SSN;

con riferimento ai progetti inerenti alle politiche sociali, contenuti nella Missione n. 5, componente « Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e Terzo settore », il totale delle risorse previste ammonta complessivamente a complessivi 10,83 miliardi di euro, tra nuove risorse, risorse in essere e risorse REACT-EU;

quanto alle linee di intervento e ai progetti in cui si articola la Missione in oggetto, per i quali sono stanziati le predette risorse, si evidenziano, in particolare:

l'incremento di infrastrutture per le persone con disabilità o non autosufficienti (ad esempio, soluzioni abitative temporanee per persone con gravi disabilità, centri diurni, luoghi di sostegno e socializzazione per gli anziani fragili, case famiglia per il sostegno al disagio minorile). Si tratta di interventi finalizzati a favorire la socializzazione, sostenere percorsi di vita indipendente e prevenire l'istituzionalizzazione attraverso percorsi di autonomia accompagnati da servizi integrati di assistenza domiciliare;

il rafforzamento dei servizi sociali dedicati alle persone con disabilità, con il supporto all'assistenza domiciliare, attraverso la definizione di progetti personalizzati di presa in carico, che individuano le diverse necessità, incrementando i percorsi di accompagnamento verso l'autonomia, anche mediante il sostegno diretto alla ristrutturazione degli alloggi, dotandoli di strumenti tecnologicamente avanzati;

la previsione di programmi di *housing* temporaneo per singoli o per nuclei familiari in difficoltà estrema, con contestuali azioni volte ad agevolare l'uscita dai percorsi di assistenza;

la rigenerazione delle aree periferiche, integrando il recupero urbano con la realizzazione di impianti sportivi, riconoscendo così il ruolo dello sport nell'inclusione e integrazione sociale, come strumento di contrasto all'emarginazione e di aiuto alla socializzazione, soprattutto tra i giovani;

evidenziate le riforme da compiere ai fini della realizzazione dei vari progetti compresi nell'ambito della seconda componente della Missione n. 5, tra cui l'accelerazione dell'attuazione della riforma del Terzo settore, al completamento della quale mancano ancora importanti decreti attuativi. Al riguardo, si prevede che l'azione pubblica potrà avvalersi del contributo del Terzo settore anche attraverso la pianificazione in coprogettazione di servizi, giovandosi così della sinergia tra impresa sociale, volontariato e amministrazione;

tenuto conto, altresì, di alcune linee progettuali contenute in altre Missioni, volte a incidere su materie oggetto di competenza della XII Commissione;

rilevata l'esigenza di apportare modifiche e integrazioni al documento in esame, per le parti che vertono su materie oggetto della competenza della XII Commissione, anche alla luce delle audizioni svolte, della documentazione acquisita e delle proposte avanzate presso la medesima Commissione, esprime

#### PARERE FAVOREVOLE

*con le seguenti osservazioni:*

si rileva, in termini generali, che per i vari interventi contenuti nelle Missioni andrebbero individuati gli indicatori di risultato (*output*) e gli indicatori di impatto (*outcome*);

*con riferimento alla Missione n. 6:*

a) per quanto concerne il progetto « Casa della Comunità e presa in carico delle persone », si precisi che le regioni, nell'ambito della loro autonomia costituzionalmente garantita in ordine ai progetti di riforma che incidano sull'organizzazione sanitaria nei territori regionali, effettuino una ricognizione delle analoghe strutture esistenti sul territorio e che le Case della Comunità rappresentano l'evoluzione delle Case della salute, laddove presenti. L'investimento in oggetto mira a integrare i servizi di assistenza sanitaria e sociale, per un'assistenza globale alla persona. Ciò premesso, al fine di assicurare uniformità sul-

l'intero territorio nazionale, si reputa necessario che le Case della Comunità corrispondano a determinati standard minimi: 1. dal punto di vista dell'articolazione territoriale, fare riferimento al distretto socio-sanitario (con una popolazione pari a circa 100 mila abitanti), snodo cruciale per una corretta programmazione sanitaria che non può non partire dal quadro epidemiologico della popolazione di riferimento. Il criterio legato rigidamente al numero di abitanti (una Casa ogni 20-25 mila abitanti mediamente) non deve penalizzare determinati territori (quali territori montani o aree interne o a bassa densità abitativa), delle cui peculiarità va tenuto conto; 2. assicurare la presenza di determinati servizi presso ogni Casa della comunità quali i servizi per la promozione e la prevenzione, il sistema delle cure primarie (medici di medicina generale, preferibilmente in aggregazioni funzionali territoriali e unità complesse di cure primarie, pediatri di libera scelta, infermieri di famiglia e di comunità), il servizio sociale, alcune attività diagnostiche e ambulatoriali, nonché presidi sanitari. Il progetto valorizza le reti sociali come componente sistemica dei servizi alla salute, per generare un *welfare* di comunità; 3. assicurare il sistema informativo, elemento cruciale per garantire coerenza tra risorse e bisogni e scelte programmatiche a supporto del sistema decisionale, di verifica, controllo e valutazione e assicurare una stretta interconnessione tra le Case della comunità e tutti gli altri presidi sanitari territoriali, anche per garantire sia il coordinamento con gli interventi ospedalieri sia il collegamento costante tra gli operatori delle Case della comunità e quelli dei centri specialistici che hanno in carico soggetti con bisogni di salute complessi legati, ad esempio, a malattie rare o patologie croniche gravi; 4. il sistema di governo delle Case della comunità va pensato a due livelli, centrale di distretto e nelle diverse articolazioni locali; 5. è necessario avviare un percorso di lavoro interprofessionale, partendo dal principio della complessità della salute e, quindi, della necessaria multidisciplinarietà nell'azione quotidiana; 6. trattandosi di un progetto innovativo, per il



quale è previsto un finanziamento rilevante nel PNRR, è necessario individuare un *layout* e indicatori utili a verificare se gli obiettivi previsti vengono raggiunti e in quale misura, non solo sotto l'aspetto della sostenibilità economica della struttura ma, soprattutto, dei risultati in termini di miglioramento dello stato di salute della comunità nonché della sua coesione sociale. Tra gli indicatori di risultato, si consideri ad esempio la riduzione degli accessi impropri ai Pronto soccorso (codici bianchi e verdi). Ai fini della realizzazione delle Case della Comunità, e in considerazione dell'allocatione delle risorse al Ministero della salute e alle regioni, vanno considerati i partenariati, gli accordi di programma e gli altri possibili strumenti giuridici e amministrativi con gli enti locali e gli enti del Terzo settore, per favorire la realizzabilità degli obiettivi previsti dal progetto in esame;

b) con riferimento al progetto « Casa come primo luogo di cura. Assistenza domiciliare (ADI) », si precisi come il rafforzamento dell'ADI debba estrinsecarsi anche attraverso le prestazioni professionali del personale sanitario e socio-sanitario nei confronti dei pazienti, oltre che mediante il potenziamento dei supporti tecnologici e digitali. Si precisi altresì che, nell'ottica del rafforzamento dell'assistenza domiciliare, occorre promuovere il coordinamento e l'unificazione delle prestazioni e dell'erogazione dei presidi. Inoltre, si rileva come l'ADI fornisca in prevalenza determinate prestazioni medico-infermieristiche per rispondere a singole patologie senza tuttavia prevedere un progetto per il futuro dell'assistenza alle persone non autosufficienti, anziane e non. Al riguardo, si rileva la necessità di una riforma che assuma il paradigma proprio della non autosufficienza, quello del « *care* multidimensionale », definito sulla base di criteri nazionali e rispettoso dell'autonomia degli enti locali. Si tratta di realizzare una presa in carico personalizzata e globale, che si basi sulla condizione complessiva dell'utente, sui molteplici fattori di fragilità, e che consenta, conseguentemente, di organizzare le risposte adeguate, anche da parte delle strutture residenziali, nei percorsi di presa

in carico domiciliare per le persone fragili, tenuto conto dell'evoluzione delle loro esigenze che possono essere mutevoli nel tempo in termini di intensità assistenziale. Occorre integrare gli interventi di natura sanitaria e assistenziale, riconoscendo l'esigenza delle reti informali di supporto e prevedendo sia la presenza di operatori che siano un punto di riferimento certo nel tempo per i soggetti coinvolti sia azioni di affiancamento e sostegno dedicate a *caregivers* familiari e badanti. Per raggiungere tali obiettivi in maniera omogenea sul territorio nazionale, si rende necessario un intervento che garantisca la disponibilità di personale, in special modo nelle regioni sottoposte a piani di rientro. Inoltre, occorre prevedere progettualità specifiche dedicate al potenziamento dell'ADI per persone con bisogni di salute complessi, quali quelli legati a malattie rare o patologie croniche gravi, che richiedono competenze specialistiche specifiche, e uno stretto coordinamento con la rete dei centri specialistici che hanno in carico tali pazienti;

c) ripensare il ruolo dei medici di medicina generale, anche attraverso il loro percorso formativo, insieme a quello dei pediatri di libera scelta, nell'ambito della medicina territoriale, favorendo la medicina di iniziativa e l'offerta di servizi diagnostici in sede o a domicilio, il lavoro in *team* multidisciplinari, con l'apporto di competenze specialistiche e degli infermieri di famiglia e di comunità – come nelle UCCP le AFT – anche con strumenti di teleassistenza;

d) dare piena applicazione alla legge n. 38 del 2010 sulle cure palliative e la terapia del dolore, che devono diventare strumento fondamentale per garantire la dignità della persona e il sollievo dalla sofferenza con particolare riguardo all'attiva presa in carico dei bambini e degli adolescenti potenziando a tal fine le cure palliative domiciliari;

e) revisionare il sistema di riorganizzazione della rete territoriale nazionale di cui al decreto ministeriale n. 70 del 2015;

f) prevedere lo sviluppo della farmacia dei servizi, incentivando la telemedicina

soprattutto nelle aree rurali, dove è spesso presente solo la farmacia;

g) aggiornare il Nomenclatore tariffario delle prestazioni sanitarie protesiche;

h) nell'ambito del potenziamento della rete di assistenza territoriale, sanitaria e socio-sanitaria, si provveda ad introdurre, in maniera trasversale, lo strumento del *budget* di salute, al fine di promuovere la centralità e la partecipazione degli utenti e delle loro famiglie attraverso progetti personalizzati di comunità e ridurre sensibilmente soluzioni istituzionalizzanti, con forme di cogestione dei percorsi caratterizzati dalla necessità di interventi sanitari e sociali tra loro integrati;

i) potenziare la rete dei servizi di salute mentale per adulti, di neuropsichiatria infantile e i servizi per le dipendenze patologiche, per fronteggiare, in particolare, l'aumento delle situazioni più acute, per assicurare in modo trasversale tutte le attività psicologiche individuali e collettive previste dai livelli assistenziali di assistenza (LEA), anche in relazione all'emergenza pandemica; favorire l'accessibilità all'assistenza psicoterapica, in particolare per le persone indigenti, mediante l'accreditamento e il convenzionamento di enti o professionisti operanti nell'ambito del supporto psicologico e psicoterapico; prevedere, inoltre, interventi volti a supportare le persone affette da problemi di salute mentale mettendole al centro delle politiche socio-sanitarie, al fine di rimuovere qualsiasi forma di discriminazione, stigmatizzazione ed esclusione nei loro confronti, garantendo l'effettiva tutela della salute mentale quale componente essenziale del diritto alla salute, privilegiando percorsi di cura individuali in una prospettiva di presa in carico della persona nel complesso dei suoi bisogni, e sulla base di un processo partecipato, ponendo particolare attenzione a percorsi dedicati per bambini e adolescenti;

j) relativamente al progetto « Sviluppo delle cure intermedie », in considerazione degli ingenti investimenti richiesti per gli Ospedali di comunità, si preveda che la

loro realizzazione avvenga prioritariamente attraverso la riconversione o la riqualificazione di progetti e strutture già esistenti, anche valorizzando e coinvolgendo le strutture pubbliche e private convenzionate o convenzionabili con il Servizio sanitario nazionale (ad esempio, le residenze sanitarie assistite). Si preveda altresì che il progetto concernente la realizzazione di tali strutture si basi su standard gestionali e organizzativi uniformi per tutto il territorio nazionale;

k) al fine di rafforzare l'assistenza territoriale, occorre riformare il servizio di emergenza territoriale 118, in modo da superare la disomogeneità territoriale concernente le qualifiche professionali e la dotazione organica del personale;

l) per quanto concerne il progetto « Salute ambiente e clima. Sanità pubblica ecologica », si rileva l'esigenza di colmare una lacuna costituita dall'assenza di un riferimento esplicito alla sanità pubblica veterinaria. Il benessere e la salute animale fanno parte dell'approccio *One Health*. All'interno della riforma che istituisce la rete SNPS (Sistema nazionale di prevenzione Salute ambiente e clima), che deve integrarsi con l'esistente SNPA, è necessario includere anche gli esperti di sanità animale. Occorre altresì implementare la rete tra la sanità pubblica umana e la sanità pubblica veterinaria, anche con banche date ministeriali interconnesse, per rafforzare la rete di epidemiosorveglianza;

m) nella parte relativa alla riforma degli IRCCS, richiamata espressamente nel documento in esame, come ricordato nelle premesse, sia specificato che occorre riequilibrarne la distribuzione geografica nel Paese – ad oggi sono per la maggior parte dislocati nelle regioni del Nord – e favorire l'istituzione di un numero maggiore di IRCCS con personalità giuridica di diritto pubblico;

n) rafforzare la rete di sorveglianza per un sistema sanitario nazionale ed europeo più resiliente soprattutto rispetto alle malattie infettive, con il potenziamento dei dipartimenti di prevenzione, e alla proble-

matica legata all'antimicrobico resistenza, dando spazio ai reparti di microbiologia, ospedalieri e non, al fine di introdurre programmi di *screening* attivo con tecnologie diagnostiche rapide per individuare i batteri multi farmaco-resistenti e attuare misure di controllo delle infezioni;

o) rafforzare il sistema di prevenzione, anche mediante la realizzazione di campagne di sensibilizzazione in materia di sane abitudini, con un focus specifico sulla prevenzione secondaria e terziaria. Con particolare riferimento alla prevenzione secondaria, rafforzare lo *screening* neonatale esteso (SNE), per garantire il costante aggiornamento del *panel* delle patologie soggette a *screening*, secondo l'evolversi delle scoperte scientifiche, e per assicurare la somministrazione dei test in modo omogeneo e capillare su tutto il territorio nazionale;

p) con riferimento al progetto « Fascicolo sanitario elettronico e raccolta, elaborazione e analisi dei dati a livello centrale », si specifichi che esso dovrebbe trasformarsi in un vero e proprio *big data* sanitario, che connetta tutti gli attori della filiera e renda disponibili i dati sanitari del paziente agli operatori autorizzati, al fine di consentire l'erogazione di cure integrate;

q) con riferimento alla linea d'intervento « Ricerca e trasferimento tecnologico e formazione »: 1. si preveda il rafforzamento degli investimenti nella ricerca di base, attraverso la previsione di bandi specifici per la ricerca in terapie innovative e nel « trasferimento tecnologico », per favorire lo sviluppo di piattaforme produttive innovative (in particolare, per la produzione di farmaci innovativi e terapie avanzate) per lo sviluppo di farmaci biologici – come le biofabbriche per la creazione di *cluster* tecnologici agrosanitari – nonché rafforzare gli investimenti per la creazione di piattaforme tecnologiche sullo studio della prevenzione delle pandemie sia virali che batteriche; 2. si consideri l'esigenza di prevedere la creazione di un *hub* nazionale di eccellenza sulla *Digital Health*; 3. si consideri la possibilità di porre in atto le misure per migliorare i tempi attualmente impie-

gati per l'autorizzazione all'immissione in commercio (AIC) attraverso la dotazione congrua di personale o l'attivazione di una *partnership* virtuosa tra l'AIFA e le università nonché di operare una semplificazione delle strutture e delle procedure inerenti alle attività dei Comitati etici nonché delle procedure e della modulistica per la ricerca clinica; 4. si rileva l'esigenza di potenziare la ricerca sanitaria, prevedendo risorse per la ricerca indipendente sia sui farmaci che sui dispositivi, sui vaccini e sulle terapie digitali; 5. si rileva l'opportunità di creare di un'Agenzia nazionale per la ricerca e l'Innovazione nelle scienze della vita e di uno *One Stop Shop*, quale sportello unico a cui fare riferimento per ogni tipo di investimento nel settore;

r) con riferimento al progetto: « Sviluppo delle competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali dei professionisti in sanità », si prevedano risorse per i contratti di formazione specialistica dei medici, che portino a un loro incremento, in misura pari a 2000 contratti di formazione strutturali, per un costo di 50 milioni di euro il primo anno, 100 milioni il secondo, 150 milioni il terzo anno, 200 milioni il quarto anno e 250 milioni di euro a regime;

s) nell'ambito del suddetto progetto, si preveda altresì l'implementazione dell'offerta di corsi di formazione per la valorizzazione delle competenze degli esercenti le professioni sanitarie;

con riferimento alla Missione n. 5, componente « Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e Terzo settore »:

a) completare l'avviato progetto di riunificazione, potenziamento e semplificazione degli strumenti di *welfare* familiare, a partire dall'implementazione dell'assegno unico e universale per i figli a carico, al fine di sostenere la genitorialità e la natalità, garantire pari opportunità e favorire la conciliazione tra attività lavorativa e vita privata, con particolare attenzione alle fasce sociali più a rischio di esclusione in ragione della presenza di situazioni di fragilità;

b) si prevedano, nell'ambito delle riforme da realizzare in relazione al progetto

« Servizi socio assistenziali, disabilità e marginalità » – mediante la fissazione di criteri a livello nazionale, nel rispetto dell'autonomia degli enti locali, i seguenti interventi: riformare e semplificare il sistema di valutazione della condizione di disabilità, incentrandola sulla persona e sull'interazione con fattori ambientali e sociali; recepire la Direttiva UE 2019/88 del Parlamento europeo e del Consiglio del 17 aprile 2019 (*Accessibility Act*) sui requisiti di accessibilità dei prodotti e dei servizi; intraprendere un percorso verso il codice unico della disabilità, dando priorità alle cinque linee d'azione individuate dall'Osservatorio per le persone con disabilità; definire i livelli essenziali delle prestazioni sociali; realizzare una riforma volta a promuovere l'adozione di una misura universale a sostegno delle persone con disabilità non autosufficienti;

c) si modifichi il suddetto progetto nel senso di prevedere, nell'intervento relativo ai servizi sociali dedicati alle persone con disabilità, che « Il piano propone la definizione dei progetti personalizzati, attraverso criteri e modalità di costruzione del Progetto di vita individuale e personalizzato, comprendente l'assistenza personale, anche in forma autogestita e autodeterminata, e il profilo di funzionamento ai fini dell'inclusione scolastica, universitaria e lavorativa, i sostegni, i servizi, le prestazioni e gli accomodamenti ragionevoli in ogni fase della vita e incrementando i percorsi verso l'autonomia anche mediante il sostegno diretto alla ristrutturazione di alloggi, dotandoli di strumenti tecnologicamente avanzati, integrandosi con la legge n. 112 del 2016 »;

d) introdurre un progetto volto ad attuare la linea di intervento indicata dal secondo programma di azione biennale dell'Osservatorio sulla disabilità in tema di accessibilità, in particolare con riferimento agli spazi costruiti (edifici, viabilità, trasporti e altre strutture interne ed esterne), al fine di assicurare: il rispetto della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità e dei principi della progettazione e universale, la rapida adozione da parte di tutti i Comuni italiani, secondo criteri omo-

genei su tutto il territorio nazionale, dei Piani di eliminazione delle barriere architettoniche di cui all'articolo 32, comma 21, della legge n. 41 del 1986;

e) nell'ambito della Missione in oggetto, è necessario porre una particolare attenzione a progettualità che impattino in modo significativo sui percorsi di inclusione delle persone con disabilità, favorendo esperienze di piena cittadinanza, anche attraverso interventi di digitalizzazione volti a favorire la piena partecipazione democratica, nonché assicurando il benessere fisico e psicologico attraverso il rafforzamento delle esperienze di sport inclusivo. A tal fine, è necessario includere all'interno di tale Missione un progetto per l'abbattimento delle barriere architettoniche e l'accessibilità degli impianti sportivi pubblici secondo i principi della progettazione universale, a partire dalla palestre scolastiche di ogni ordine e grado, e interventi che, anche attraverso proposte di fiscalità agevolata, possano incentivare i proprietari di strutture sportive private ad adeguamenti ed ampliamenti (anche prevedendo specifici protocolli con Cassa depositi e prestiti e l'Istituto per il credito sportivo), al fine di accrescere, in entrambi i casi, tutte le opportunità di inclusione sociale e partecipazione attiva alla pratica sportiva delle persone con diversa abilità nonché a promuovere la possibilità delle persone con disabilità di assistere alle manifestazioni sportive e culturali in condizioni di parità e non discriminanti. È infine opportuno considerare la creazione di spazi di consulenza e orientamento allo sport inclusivo per le famiglie delle persone con disabilità all'interno del progetto di implementazione delle Case della Comunità previsto nella Missione 6 del PNRR;

f) si preveda un maggior investimento sul potenziale delle persone con disabilità come membri attivi della società a vantaggio dello sviluppo sostenibile del Paese, non solo con forme e modalità di sostegno personalizzato ma anche attraverso una concreta e reale applicazione della legge n. 68 del 1999, al fine di consentire un accesso più equo al mondo del lavoro delle persone con disabilità, e in particolare delle donne,

indipendentemente dalla tipologia di disabilità;

g) con riferimento al medesimo progetto « Servizi socio assistenziali, disabilità e marginalità », nella parte relativa ai programmi di *housing* temporaneo, si precisi che alla realizzazione dei programmi partecipano gli enti del Terzo settore, istituzioni e articolazioni della pubblica amministrazione, anche attraverso la rete di protezione sociale;

h) in relazione al progetto « Rigenerazione urbana e *housing* sociale », si sottolinea l'esigenza di assicurare interventi di supporto delle persone vulnerabili e delle famiglie in difficoltà, attraverso l'azione di *équipe* multidisciplinari. Inoltre, si rileva la necessità di prevedere espressamente che tutti gli interventi in tale ambito siano valutati prestando la massima attenzione all'eliminazione delle barriere architettoniche e all'accessibilità, secondo i principi della progettazione universale;

i) nell'ambito della seconda componente della Missione n. 5, si valuti l'esigenza di destinare fondi specifici, accompagnati da una strategia politica integrata e da un piano d'azione nazionale, al rafforzamento del sistema di cura e di protezione di bambini e ragazzi su tutto il territorio nazionale. Si tratta, in particolare, di supportare iniziative di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale dell'infanzia e dell'adolescenza, nonché iniziative volte alla valorizzazione del potenziale di bambini e ragazzi e favorire politiche di inclusività, adottando interventi volti alla riduzione della povertà educativa e al contrasto alla dispersione scolastica, anche rendendo effettivo il tempo pieno su tutto il territorio scolastico, con particolare attenzione ai bisogni specifici dei bambini e delle bambine con disabilità;

j) si valuti altresì l'opportunità di implementare, nell'ambito delle politiche a sostegno della famiglia, la rete dei Consulenti familiari per rafforzare l'assistenza, anche psicologica, così come prevista nei livelli essenziali di assistenza (LEA), la tutela e diritti della donna, la tutela della

salute riproduttiva e sessuale, il sostegno della procreazione libera e consapevole nonché l'educazione alla genitorialità responsabile, avendo riguardo anche alle esigenze specifiche delle donne con disabilità, anche prevedendo un sostegno socio-sanitario volto anche a: diffondere informazioni e conoscenze circa il momento del parto e la prima fase *post-partum* e a illustrare i servizi pubblici, di privato sociale e di volontariato presenti sul territorio, realizzare interventi di *home visiting* per i neogenitori e i neonati fino al terzo anno di vita e poi successivamente, con diversa intensità e gradualità, al fine di sostenere la strutturazione di un clima relazionale positivo e la realizzazione di pratiche di cura educativa adeguate;

con riferimento alla Missione n. 5, componente « Politiche per il lavoro »:

con riguardo al Servizio civile universale, adottare nuove misure di indirizzo che incrementino i programmi e i progetti volti all'acquisizione e all'accrescimento di competenze nonché allo sviluppo di capacità e abilità connesse a prospettive occupazionali, al fine di sostenere i giovani nell'orientamento e nelle scelte del loro futuro;

con riferimento alla Missione 4, « Istruzione e ricerca »:

a) al fine di potenziare le competenze di base nella scuola secondaria di primo e secondo grado, con interventi capaci di ridurre il tasso di abbandono scolastico, favorire l'inclusione delle fasce più emarginate, valorizzare il potenziale di bambini e ragazzi e favorire politiche di inclusività, si preveda l'introduzione della figura dello psicologo scolastico;

b) valorizzare l'importante funzione svolta dalla medicina scolastica, per tornare a garantire capillarmente la gestione dell'igiene pubblica e le attività per la prevenzione e la salute degli alunni;

con riferimento ai temi trasversali (*parità di genere, giovani, Sud*):

a) al fine di rendere efficace l'assunto, richiamato nelle premesse, per il quale il

*gender mainstreaming* è criterio di valutazione di tutti i progetti indicati nel PNRR, occorre definire per tutti i progetti gli indicatori qualitativi e quantitativi volti a misurare i principali aspetti del fenomeno della disparità di genere; per ciascun indicatore, oltre al valore attuale, deve essere identificato anche un valore *target*, ovvero l'obiettivo specifico e misurabile da raggiungere;

b) inserire la previsione di programmi di educazione alla prevenzione e al contrasto della violenza contro le donne tra le aree di intervento prioritarie;

c) si affianchino e si integrino con il PNRR gli impegni del Governo per realizzazione di asili nido e infrastrutture sociali – comprese quelle per anziani e per le persone con disabilità – garantendo la stessa offerta su tutto il territorio nazionale, con particolare attenzione al Sud e alle aree interne e rurali. Con l'obiettivo di: raggiungere il 60 per cento di posti nido entro il 2030; prevedere congedi obbligatori della durata di cinque mesi per entrambi i genitori e interventi di sostegno alla maternità per lavoratrici dipendenti e autonome, libere professioniste e imprenditrici; superare la disparità salariale; garantire la parità di accesso ai ruoli apicali in aziende, enti e istituzioni; sostenere l'*empowerment* femminile e il contrasto delle discriminazioni di genere, tenendo conto anche del fenomeno della discriminazione multipla; sostenere la formazione delle giovani donne nelle materie scientifiche e tecnologiche (STEM) nonché nelle materie finanziarie; condizionare l'assegnazione dei fondi del *Recovery Plan* ad azioni concrete per la parità di genere da parte delle aziende beneficiarie, applicando i principi del *gender procurement*; prevedere valutazione *ex ante* ed *ex post* dell'impatto di genere per tutti i progetti delle Missioni del PNRR; garantire pari rappresentanza negli orga-

nismi di gestione e controllo dei progetti in cui si articolano le varie Missioni;

d) occorre applicare, con eventuali aggiustamenti, il criterio di riparto tra i Paesi previsto per le sovvenzioni dal Dispositivo di ripresa e resilienza (popolazione, PIL pro capite e tasso di disoccupazione) anche all'interno del Paese (tra le regioni e le macro-aree), in modo da colmare i divari territoriali, superando in maniera significativa la quota del 34% di investimenti al Mezzogiorno, e non considerando in tale computo le risorse per interventi « in essere », quelle già incluse nei tendenziali di finanza pubblica e quelle del REACT-EU;

e) introdurre strumenti di analisi e verifica sistematica dell'impatto delle politiche e dei programmi finanziati destinati ai giovani;

f) con riguardo alle politiche pubbliche in favore delle nuove generazioni, al fine di adempiere pienamente, nell'ambito dell'attuazione dei Piani di ripresa e resilienza degli Stati membri, a quanto indicato nelle nuove linee guida approvate in sede di Commissione europea il 22 gennaio scorso, appare necessario affidare al Presidente del Consiglio e all'Autorità delegata in materia di politiche giovanili la funzione di coordinamento delle misure contenute nel Piano nazionale di ripresa e resilienza destinate ai giovani, al fine di assicurare, insieme alla *governance* degli interventi, la massimizzazione della loro efficacia e di agevolarne il costante monitoraggio e la valutazione finale;

g) investire in progetti di *cohousing* per giovani con occupazioni non stabili, per incentivare l'autonomia economica e abitativa dalla famiglia di origine e per sostenere le coppie con uno o più figli o monogenitoriali a rischio di disagio abitativo, in quanto non possono contrarre un mutuo o pagare interamente un affitto.

## ALLEGATO 2

**Proposta di Piano nazionale di ripresa e resilienza. Doc. XXVII, n. 18.****PARERE APPROVATO DALLA COMMISSIONE**

La XII Commissione,

esaminata la Proposta di Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR – Doc. XXVII, n. 18), per le parti di competenza, costituite principalmente dalla Missione n. 6, «Salute», e dalla Missione n. 5, «Inclusione e coesione», con riferimento alla seconda componente, «Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e Terzo settore»;

tenuto conto, altresì, della Missione n. 4, «Istruzione e ricerca», con riferimento alla componente «Ricerca e impresa», nell'ambito della quale è ricompresa una linea d'intervento che verte sul tema della ricerca nel settore della salute;

sottolineate le tre priorità trasversali del PNRR: realizzare la parità di genere; garantire la piena partecipazione dei giovani alla vita culturale, economica e sociale del Paese; ridurre i divari territoriali e rilanciare lo sviluppo del Sud;

evidenziato come la parità di genere sia considerata quale criterio di valutazione di tutti i progetti (*gender mainstreaming*), intendendosi realizzare una piena parità di accesso, economica e sociale, della donna;

tenuto conto dell'ampio ciclo di audizioni svolte presso la XII Commissione – che hanno visto la partecipazione, tra gli altri soggetti intervenuti, degli Ordini delle professioni mediche e sanitarie, dell'Istituto superiore di sanità, di dirigenti del Ministero della salute, di associazioni rappresentative delle persone con disabilità, del Terzo settore, della famiglia, dei giovani, nonché di esperti della materia –, conclusesi con le audizioni dei Ministri della salute, del lavoro e delle politiche sociali, per la famiglia e le pari opportunità, per le disabilità e per le politiche

giovanili nonché delle memorie scritte pervenute;

ricordati i contenuti dei rilievi deliberati dalla XII Commissione il 29 settembre 2020 e trasmessi alla V Commissione, che sulla base dei rilievi espressi dalle Commissioni permanenti ha, quindi, predisposto la Relazione sull'individuazione delle priorità nell'utilizzo del *Recovery Fund* (Doc. XVI, n. 4), approvata dall'Assemblea della Camera il 12 ottobre 2020;

premesso che:

con riferimento ai progetti inerenti alla salute, contenuti nella Missione n. 6, il totale delle risorse previste ammontano complessivamente a 19,72 miliardi, tra nuove risorse, risorse in essere e risorse REACT-EU;

con riferimento alle risorse afferenti a tale Missione, si rileva, in generale, come esse si concentrino principalmente sugli investimenti in conto capitale e meno sulla parte corrente per gli investimenti per il personale, come segnalato peraltro dalla Corte dei conti nel corso dell'audizione svolta nel mese di febbraio 2021 dinanzi alle Commissioni V della Camera, 5<sup>a</sup> e 14<sup>a</sup> del Senato; si auspica, pertanto, che tale lacuna venga colmata attraverso successivi provvedimenti normativi;

quanto alle linee di intervento e ai progetti in cui si articola la Missione in oggetto, per i quali sono stanziati le predette risorse, si sottolineano, in particolare:

il potenziamento della rete di assistenza territoriale, sanitaria e socio-sanitaria, elemento imprescindibile al fine di 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 della Comunità, l'assistenza domiciliare integrata (ADI), la telemedicina, nonché implementando la presenza sul territorio degli Ospedali di comunità, presidi sanitari a degenza breve con funzioni « intermedie » tra il domicilio e il ricovero ospedaliero;

il rafforzamento della visione della salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente, « *One-Health* », nell'ambito del quale si prevede la realizzazione di un Piano di riforme e investimenti finalizzato all'istituzione della rete « Sistema nazionale di prevenzione salute-ambiente-clima – SNPS », articolata a livello centrale regionale e territoriale, per la piena integrazione con l'esistente Sistema nazionale per la protezione ambientale (SNPA);

l'ammodernamento delle tecnologie in dotazione presso le strutture ospedaliere, la digitalizzazione dei processi clinico-assistenziali ospedalieri, il miglioramento strutturale in termini di sicurezza degli ospedali, il completamento e la diffusione del fascicolo sanitario elettronico (FSE) e il potenziamento del Sistema informativo sanitario nazionale;

la valorizzazione e il potenziamento della ricerca biomedica del Servizio sanitario nazionale (SSN), prevedendo in particolare il finanziamento di progetti di ricerca finalizzata in materia di malattie rare e tumori rari e la realizzazione di *Hub Lifescience*, infrastrutture dedicate alla ricerca pubblica-privata, all'attrazione di iniziative imprenditoriali innovative, al trasferimento tecnologico e allo sviluppo di servizi e attività per *l'open innovation*;

lo sviluppo delle competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali dei professionisti in sanità;

evidenziate le riforme da realizzare con riferimento alla Missione in esame, richiamate nel PNRR, *in primis* l'intervento di riforma concernente la riorganizzazione della rete degli IRCCS per contribuire al miglioramento delle eccellenze del SSN, in

particolare rivisitando il regime giuridico degli IRCCS e delle politiche della ricerca afferenti al Ministero della salute per rafforzare le capacità di risposta del SSN;

con riferimento ai progetti inerenti alle politiche sociali, contenuti nella Missione n. 5, componente « Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e Terzo settore », il totale delle risorse previste ammonta complessivamente a complessivi 10,83 miliardi di euro, tra nuove risorse, risorse in essere e risorse REACT-EU;

quanto alle linee di intervento e ai progetti in cui si articola la Missione in oggetto, per i quali sono stanziati le predette risorse, si evidenziano, in particolare:

l'incremento di infrastrutture per le persone con disabilità o non autosufficienti (ad esempio, soluzioni abitative temporanee per persone con gravi disabilità, centri diurni, luoghi di sostegno e socializzazione per gli anziani fragili, case famiglia per il sostegno al disagio minorile). Si tratta di interventi finalizzati a favorire la socializzazione, sostenere percorsi di vita indipendente e prevenire l'istituzionalizzazione attraverso percorsi di autonomia accompagnati da servizi integrati di assistenza domiciliare;

il rafforzamento dei servizi sociali dedicati alle persone con disabilità, con il supporto all'assistenza domiciliare, attraverso la definizione di progetti personalizzati di presa in carico, che individuano le diverse necessità, incrementando i percorsi di accompagnamento verso l'autonomia, anche mediante il sostegno diretto alla ristrutturazione degli alloggi, dotandoli di strumenti tecnologicamente avanzati;

la previsione di programmi di *housing* temporaneo per singoli o per nuclei familiari in difficoltà estrema, con contestuali azioni volte ad agevolare l'uscita dai percorsi di assistenza;

la rigenerazione delle aree periferiche, integrando il recupero urbano con la realizzazione di impianti sportivi, riconoscendo così il ruolo dello sport nell'inclusione e integrazione sociale, come stru-



mento di contrasto all'emarginazione e di aiuto alla socializzazione, soprattutto tra i giovani;

evidenziate le riforme da compiere ai fini della realizzazione dei vari progetti compresi nell'ambito della seconda componente della Missione n. 5, tra cui l'accelerazione dell'attuazione della riforma del Terzo settore, al completamento della quale mancano ancora importanti decreti attuativi. Al riguardo, si prevede che l'azione pubblica potrà avvalersi del contributo del Terzo settore anche attraverso la pianificazione in coprogettazione di servizi, giovandosi così della sinergia tra impresa sociale, volontariato e amministrazione;

tenuto conto, altresì, di alcune linee progettuali contenute in altre Missioni, volte a incidere su materie oggetto di competenza della XII Commissione;

rilevata l'esigenza di apportare modifiche e integrazioni al documento in esame, per le parti che vertono su materie oggetto della competenza della XII Commissione, anche alla luce delle audizioni svolte, della documentazione acquisita e delle proposte avanzate presso la medesima Commissione,

esprime

#### PARERE FAVOREVOLE

*con la seguente condizione, riferita alla Missione n. 6:*

per favorire la realizzazione delle Case della Comunità, di cui all'omonimo progetto, e in considerazione dell'allocazione delle risorse al Ministero della salute e alle regioni, occorre prevedere i partenariati, gli accordi di programma e gli altri possibili strumenti giuridici e amministrativi con il coinvolgimento degli enti locali e degli enti del Terzo settore;

*e con le seguenti osservazioni:*

si rileva, in termini generali, che per i vari interventi contenuti nelle Missioni andrebbero individuati gli indicatori di risultato (*output*) e gli indicatori di impatto (*outcome*);

*con riferimento alla Missione n. 6:*

a) per quanto concerne il progetto « Casa della Comunità e presa in carico delle persone », si precisi che le regioni, nell'ambito della loro autonomia costituzionalmente garantita in ordine ai progetti di riforma che incidano sull'organizzazione sanitaria nei territori regionali, effettuino una ricognizione delle analoghe strutture esistenti sul territorio e che le Case della Comunità rappresentano l'evoluzione delle Case della salute, laddove presenti. L'investimento in oggetto mira a integrare i servizi di assistenza sanitaria e sociale, per un'assistenza globale alla persona. Ciò premesso, al fine di assicurare uniformità sull'intero territorio nazionale, si reputa necessario che le Case della Comunità corrispondano a determinati standard minimi: 1. dal punto di vista dell'articolazione territoriale, fare riferimento al distretto socio-sanitario o sanitario (con una popolazione pari a circa 100 mila abitanti), snodo cruciale per una corretta programmazione sanitaria che non può non partire dal quadro epidemiologico della popolazione di riferimento. Il criterio legato rigidamente al numero di abitanti (mediamente una Casa ogni 20-25 mila abitanti) non deve penalizzare determinati territori (quali territori montani o aree interne o a bassa densità abitativa), delle cui peculiarità va tenuto conto; 2. assicurare la presenza di determinati servizi presso ogni Casa della Comunità, quali i servizi per la promozione e la prevenzione, il sistema delle cure primarie (medici di medicina generale, preferibilmente in aggregazioni funzionali territoriali e unità complesse di cure primarie, pediatri di libera scelta, psicologi e infermieri di famiglia e di comunità), il servizio sociale, alcune attività diagnostiche e ambulatoriali, nonché presidi sanitari. Il progetto, anche attraverso il modello del *budget* di salute, valorizza le reti sociali come componente sistemica dei servizi alla salute, per generare un *welfare* di comunità; 3. assicurare il sistema informativo, elemento cruciale per garantire coerenza tra risorse e bisogni e scelte programmatiche a supporto del sistema decisionale, di verifica, controllo e valutazione, e assicurare

una stretta interconnessione tra le Case della Comunità e tutti gli altri presidi sanitari territoriali, anche per garantire sia il coordinamento con gli interventi ospedalieri sia il collegamento costante tra gli operatori delle Case della Comunità e quelli dei centri specialistici che hanno in carico soggetti con bisogni di salute complessi legati, ad esempio, a malattie rare o patologie croniche gravi; 4. il sistema di governo delle Case della Comunità va pensato a due livelli, centrale di distretto e nelle diverse articolazioni locali; 5. è necessario avviare un percorso di lavoro interprofessionale, partendo dal principio della plurifattorialità della salute e, quindi, della necessaria multidisciplinarietà nell'azione quotidiana; 6. trattandosi di un progetto innovativo, per il quale è previsto un finanziamento rilevante nel PNRR, è necessario individuare un *layout* e indicatori utili a verificare se gli obiettivi previsti vengono raggiunti e in quale misura, non solo sotto l'aspetto della sostenibilità economica della struttura ma, soprattutto, dei risultati in termini di miglioramento dello stato di salute della comunità nonché della sua coesione sociale. Tra gli indicatori di risultato, si consideri ad esempio la riduzione degli accessi impropri alle strutture di Pronto soccorso (codici bianchi e verdi);

b) con riferimento al progetto « Casa come primo luogo di cura. Assistenza domiciliare (ADI) », si precisi come il rafforzamento dell'ADI debba estrinsecarsi anche attraverso le prestazioni professionali del personale sanitario e socio-sanitario nei confronti dei pazienti, oltre che mediante il potenziamento dei supporti tecnologici e digitali. Si precisi altresì che, nell'ottica del rafforzamento dell'assistenza domiciliare, occorre promuovere il coordinamento e l'unificazione delle prestazioni e dell'erogazione dei presidi. Inoltre, si rileva come l'ADI fornisca in prevalenza determinate prestazioni medico-infermieristiche per rispondere a singole patologie senza tuttavia prevedere un progetto per il futuro dell'assistenza alle persone non autosufficienti, anziane e non. Al riguardo, si rileva la necessità di una riforma che assuma il paradigma proprio della non autosuffi-

cienza, quello del « *care multidimensionale* », definito sulla base di criteri nazionali e rispettoso dell'autonomia degli enti locali. Si tratta di realizzare una presa in carico personalizzata e globale, che si basi sulla condizione complessiva dell'utente, sui molteplici fattori di fragilità, e che consenta, conseguentemente, di organizzare le risposte adeguate, anche da parte delle strutture residenziali, nei percorsi di presa in carico domiciliare per le persone fragili, tenuto conto dell'evoluzione delle loro esigenze che possono essere mutevoli nel tempo in termini di intensità assistenziale. Occorre integrare gli interventi di natura sanitaria e assistenziale, riconoscendo l'esigenza delle reti informali di supporto e prevedendo sia la presenza di operatori che siano un punto di riferimento certo nel tempo per i soggetti coinvolti sia azioni di affiancamento e sostegno dedicate a *care-givers* familiari e badanti. Per raggiungere tali obiettivi in maniera omogenea sul territorio nazionale, si rende necessario un intervento che garantisca la disponibilità di personale, in special modo nelle regioni sottoposte a piani di rientro. Inoltre, occorre prevedere progettualità specifiche dedicate al potenziamento dell'ADI per persone con bisogni di salute complessi, quali quelli legati a malattie rare o patologie croniche gravi, che richiedono competenze specialistiche specifiche, e uno stretto coordinamento con la rete dei centri specialistici che hanno in carico tali pazienti;

c) ripensare il ruolo dei medici di medicina generale, anche attraverso il loro percorso formativo, insieme a quello dei pediatri di libera scelta, nell'ambito della medicina territoriale, favorendo la medicina di iniziativa e l'offerta di servizi diagnostici in sede o a domicilio, il lavoro in *team* multidisciplinari – come nei modelli delle UCCP le AFT – con l'apporto di competenze specialistiche, anche con strumenti di teleassistenza;

d) dare piena applicazione alla legge n. 38 del 2010 sulle cure palliative e la terapia del dolore, che devono diventare strumento fondamentale per garantire la dignità della persona e il sollievo dalla sofferenza, con particolare riguardo all'at-

tiva presa in carico dei bambini e degli adolescenti, potenziando a tal fine le cure palliative domiciliari;

e) revisionare il sistema di riorganizzazione della rete territoriale nazionale di cui al decreto ministeriale n. 70 del 2015, anche prevedendo l'offerta di prestazioni e posti letto per la riabilitazione, con particolare attenzione al monitoraggio e agli esiti da Covid-19;

f) prevedere lo sviluppo della farmacia dei servizi, incentivando la telemedicina soprattutto nelle aree rurali, dove spesso la farmacia rappresenta l'unico presidio sanitario;

g) aggiornare il cosiddetto « decreto tariffe » e il Nomenclatore tariffario delle prestazioni sanitarie protesiche;

h) nell'ambito del potenziamento della rete di assistenza territoriale, sanitaria e socio-sanitaria, si provveda ad introdurre, in maniera trasversale, lo strumento del *budget* di salute, al fine di promuovere la centralità e la partecipazione degli utenti e delle loro famiglie attraverso progetti personalizzati di comunità e ridurre sensibilmente soluzioni istituzionalizzanti, con forme di cogestione dei percorsi caratterizzati dalla necessità di interventi sanitari e sociali tra loro integrati;

i) potenziare la rete dei servizi ospedalieri e territoriali di salute mentale per adulti, di neuropsichiatria infantile e i servizi per le dipendenze patologiche, per fronteggiare, in particolare, l'aumento delle situazioni più acute, per assicurare in modo trasversale tutte le attività psicologiche individuali e collettive previste dai livelli essenziali di assistenza (LEA), anche in relazione all'emergenza pandemica; favorire l'accessibilità all'assistenza psicoterapica, in particolare per le persone indigenti, mediante l'accreditamento e il convenzionamento di enti o professionisti operanti nell'ambito del supporto psicologico e psicoterapico; prevedere, inoltre, interventi volti a supportare le persone affette da problemi di salute mentale mettendole al centro delle politiche socio-sanitarie, al fine di rimuovere qualsiasi forma di discriminazione,

stigmatizzazione ed esclusione nei loro confronti, garantendo l'effettiva tutela della salute mentale quale componente essenziale del diritto alla salute, privilegiando percorsi di cura individuali in una prospettiva di presa in carico della persona nel complesso dei suoi bisogni, e sulla base di un processo partecipato, ponendo particolare attenzione a percorsi dedicati per bambini e adolescenti;

j) relativamente al progetto « Sviluppo delle cure intermedie », in considerazione degli ingenti investimenti richiesti per gli Ospedali di comunità, si preveda che la loro realizzazione avvenga prioritariamente attraverso la riconversione o la riqualificazione di progetti e strutture già esistenti, anche valorizzando e coinvolgendo le strutture pubbliche e private convenzionate o convenzionabili con il SSN (ad esempio, le residenze sanitarie assistite). Si preveda altresì che il progetto concernente la realizzazione di tali strutture si basi su standard gestionali e organizzativi uniformi per tutto il territorio nazionale;

k) al fine di rafforzare l'assistenza territoriale, occorre riformare il servizio di emergenza territoriale 118, in modo da superare la disomogeneità territoriale concernente le qualifiche professionali e la dotazione organica del personale;

l) per quanto concerne il progetto « Salute ambiente e clima. Sanità pubblica ecologica », si rileva l'esigenza di colmare una lacuna costituita dall'assenza di un riferimento esplicito alla sanità pubblica veterinaria. Il benessere e la salute animale fanno parte dell'approccio *One Health*. Pertanto, all'interno della riforma che istituisce la rete SNPS (Sistema nazionale di prevenzione Salute ambiente e clima), che deve integrarsi con l'esistente SNPA, è necessario includere anche esperti di sanità animale. Occorre altresì implementare la rete tra la sanità pubblica umana e la sanità pubblica veterinaria, anche con banche dati ministeriali interconnesse, per rafforzare la rete di epidemiosorveglianza;

m) nella parte relativa alla riforma degli IRCCS, richiamata espressamente nel

documento in esame, come ricordato nelle premesse, sia specificato che occorre riequilibrarne la distribuzione geografica nel Paese – ad oggi sono per la maggior parte dislocati nelle regioni del Nord – e favorire l'istituzione di un numero maggiore di IRCCS con personalità giuridica di diritto pubblico;

n) rafforzare la rete di sorveglianza per un sistema sanitario nazionale ed europeo più resiliente soprattutto rispetto alle malattie infettive, con il potenziamento dei dipartimenti di prevenzione, e alla problematica legata all'antimicrobico resistenza, dando spazio ai reparti di microbiologia, ospedalieri e non, al fine di introdurre programmi di *screening* attivo con tecnologie diagnostiche rapide per individuare i batteri multifarmacoresistenti e attuare misure di controllo delle infezioni;

o) rafforzare il sistema di prevenzione, anche mediante la realizzazione di campagne di sensibilizzazione in materia di sane abitudini, con un focus specifico sulla prevenzione secondaria e terziaria. Con particolare riferimento alla prevenzione secondaria, rafforzare lo *screening* neonatale esteso (SNE), per garantire il costante aggiornamento del *panel* delle patologie soggette a *screening*, secondo l'evolversi delle scoperte scientifiche, e per assicurare la somministrazione dei test in modo omogeneo e capillare su tutto il territorio nazionale;

p) con riferimento al progetto « Fascicolo sanitario elettronico e raccolta, elaborazione e analisi dei dati a livello centrale », si specifichi che esso dovrebbe trasformarsi in un vero e proprio *big data* sanitario, che connetta tutti gli attori della filiera e renda disponibili i dati sanitari del paziente agli operatori autorizzati, al fine di consentire l'erogazione di cure integrate. A tale scopo, occorre favorire l'ammodernamento delle tecnologie in dotazione presso le strutture ospedaliere, territoriali e di dimissioni protette, nella logica dell'integrazione ospedale-territorio;

q) con riferimento alla linea d'intervento « Ricerca e trasferimento tecnologico

e formazione »: 1. si preveda il rafforzamento degli investimenti nella ricerca di base, attraverso la previsione di bandi specifici per la ricerca in terapie innovative e nel « trasferimento tecnologico », per favorire lo sviluppo di piattaforme produttive innovative (in particolare, per la produzione di farmaci innovativi e terapie avanzate) e per lo sviluppo di farmaci biologici – come le biofabbriche per la creazione di *cluster* tecnologici agrosanitari – nonché rafforzare gli investimenti per la creazione di piattaforme tecnologiche sullo studio della prevenzione delle pandemie sia virali che batteriche; 2. si consideri l'esigenza di prevedere la creazione di un *hub* nazionale di eccellenza sulla *Digital Health*; 3. si consideri la possibilità di porre in atto le misure per migliorare i tempi attualmente impiegati per l'autorizzazione all'immissione in commercio (AIC) attraverso la dotazione congrua di personale o l'attivazione di una *partnership* virtuosa tra l'AIFA e le università nonché di operare una semplificazione delle strutture e delle procedure inerenti alle attività dei Comitati etici e delle procedure e della modulistica per la ricerca clinica; 4. si rileva l'esigenza di potenziare la ricerca sanitaria, prevedendo risorse per la ricerca indipendente sia sui farmaci che sui dispositivi, sui vaccini e sulle terapie digitali; 5. si rileva l'opportunità di creare un'Agenzia nazionale per la ricerca e l'innovazione nelle scienze della vita e lo *One Stop Shop*, quale sportello unico a cui fare riferimento per ogni tipo di investimento nel settore;

r) con riferimento al progetto: « Sviluppo delle competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali dei professionisti in sanità », si prevedano risorse per i contratti di formazione specialistica dei medici, che portino a un loro incremento, in misura pari a 2000 contratti di formazione strutturali, per un costo di circa 50 milioni di euro il primo anno, 100 milioni il secondo, 150 milioni il terzo anno, 200 milioni il quarto anno e 250 milioni di euro a regime;

s) nell'ambito del suddetto progetto, al fine di colmare la carenza di personale sanitario non medico, si preveda l'imple-

mentazione dell'offerta di corsi di formazione per la valorizzazione delle competenze degli esercenti le professioni sanitarie;

con riferimento alla Missione n. 5, componente « Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e Terzo settore »:

a) completare l'avviato progetto di ri-unificazione, potenziamento e semplificazione degli strumenti di *welfare* familiare, a partire dall'implementazione dell'assegno unico e universale per i figli a carico, al fine di sostenere la genitorialità e la natalità, garantire pari opportunità e favorire la conciliazione tra attività lavorativa e vita privata, con particolare attenzione alle fasce sociali più a rischio di esclusione in ragione della presenza di situazioni di fragilità;

b) si prevedano, nell'ambito delle riforme da realizzare in relazione al progetto « Servizi socio assistenziali, disabilità e marginalità » – mediante la fissazione di criteri a livello nazionale, nel rispetto dell'autonomia degli enti locali, i seguenti interventi: riformare e semplificare il sistema di valutazione della condizione di disabilità, incentrandola sulla persona e sull'interazione con fattori ambientali e sociali; recepire la Direttiva UE 2019/88 del Parlamento europeo e del Consiglio del 17 aprile 2019 (*Accessibility Act*) sui requisiti di accessibilità dei prodotti e dei servizi; intraprendere un percorso verso il codice unico della disabilità, dando priorità alle cinque linee d'azione individuate dall'Osservatorio per le persone con disabilità; definire i livelli essenziali delle prestazioni sociali; realizzare una riforma volta a promuovere l'adozione di una misura universale a sostegno delle persone con disabilità non autosufficienti;

c) si modifichi il suddetto progetto nel senso di prevedere, nell'intervento relativo ai servizi sociali dedicati alle persone con disabilità, che « Il piano propone la definizione dei progetti personalizzati, attraverso criteri e modalità di costruzione del Progetto di vita individuale e personalizzato, comprendente l'assistenza personale, an-

che in forma autogestita e autodeterminata, e il profilo di funzionamento ai fini dell'inclusione scolastica, universitaria e lavorativa, i sostegni, i servizi, le prestazioni e gli accomodamenti ragionevoli in ogni fase della vita e incrementando i percorsi verso l'autonomia anche mediante il sostegno diretto alla ristrutturazione di alloggi, dotandoli di strumenti tecnologicamente avanzati, integrandosi con la legge n. 112 del 2016 »;

d) introdurre un progetto volto ad attuare la linea di intervento indicata dal secondo programma di azione biennale dell'Osservatorio sulla disabilità in tema di accessibilità, in particolare con riferimento agli spazi costruiti (edifici, viabilità, trasporti e altre strutture interne ed esterne), al fine di assicurare il rispetto della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità e dei principi della progettazione universale e la rapida adozione da parte di tutti i Comuni italiani, secondo criteri omogenei su tutto il territorio nazionale, dei Piani di eliminazione delle barriere architettoniche di cui all'articolo 32, comma 21, della legge n. 41 del 1986;

e) nell'ambito della Missione in oggetto, è necessario porre una particolare attenzione a progettualità che impattino in modo significativo sui percorsi di inclusione delle persone con disabilità, favorendo esperienze di piena cittadinanza, anche attraverso interventi di digitalizzazione volti a favorire la piena partecipazione democratica, nonché assicurando il benessere fisico e psicologico attraverso il rafforzamento delle esperienze di sport inclusivo. A tal fine, è necessario includere all'interno di tale Missione un progetto per l'abbattimento delle barriere architettoniche e l'accessibilità degli impianti sportivi pubblici secondo i principi della progettazione universale, a partire dalle palestre scolastiche di ogni ordine e grado, e interventi che, anche attraverso proposte di fiscalità agevolata, possano incentivare i proprietari di strutture sportive private ad adeguamenti ed ampliamenti (anche prevedendo specifici protocolli con Cassa depositi e prestiti e l'Istituto per il credito sportivo), al fine di accrescere, in entrambi i casi, tutte le op-

portunità di inclusione sociale e partecipazione attiva alla pratica sportiva delle persone con diversa abilità nonché a promuovere la possibilità delle stesse persone di assistere alle manifestazioni sportive e culturali in condizioni di parità e non discriminanti. È infine opportuno considerare la creazione di spazi di consulenza e orientamento allo sport inclusivo per le famiglie delle persone con disabilità all'interno del progetto di implementazione delle Case della Comunità previsto nella Missione 6 del PNRR;

f) si preveda un maggior investimento sul potenziale delle persone con disabilità come membri attivi della società a vantaggio dello sviluppo sostenibile del Paese, non solo con forme e modalità di sostegno personalizzato ma anche attraverso la promozione di politiche attive del lavoro, che tengano conto dei loro bisogni specifici, garantendo una concreta e reale applicazione della legge n. 68 del 1999, al fine di consentire un accesso più equo al mondo del lavoro delle persone con disabilità, e in particolare delle donne, indipendentemente dalla tipologia di disabilità;

g) con riferimento al medesimo progetto « Servizi socio assistenziali, disabilità e marginalità », nella parte relativa ai programmi di *housing* temporaneo, si precisi che alla realizzazione dei programmi partecipano gli enti del Terzo settore, istituzioni e articolazioni della pubblica amministrazione, anche attraverso la rete di protezione sociale;

h) in relazione al progetto « Rigenerazione urbana e *housing* sociale », si sottolinea l'esigenza di assicurare interventi di supporto delle persone vulnerabili e delle famiglie in difficoltà, attraverso l'azione di *équipe* multidisciplinari. Inoltre, si rileva la necessità di prevedere espressamente che tutti gli interventi in tale ambito siano valutati prestando la massima attenzione all'eliminazione delle barriere architettoniche e all'accessibilità, secondo i principi della progettazione universale;

i) nell'ambito della seconda componente della Missione n. 5, si valuti l'esi-

genza di destinare risorse specifiche, accompagnate da una strategia politica integrata e da un piano d'azione nazionale, al rafforzamento del sistema di cura e di protezione di bambini e ragazzi su tutto il territorio nazionale. Si tratta, in particolare, di supportare iniziative di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale dell'infanzia e dell'adolescenza, nonché iniziative volte alla valorizzazione del potenziale di bambini e ragazzi, e di favorire politiche di inclusività, adottando interventi volti alla riduzione della povertà educativa e al contrasto alla dispersione scolastica, anche rendendo effettivo il tempo pieno su tutto il territorio scolastico, con particolare attenzione ai bisogni specifici dei bambini con disabilità;

j) si valuti altresì l'opportunità di implementare, nell'ambito delle politiche a sostegno della famiglia, la rete dei Consulenti familiari per rafforzare l'assistenza, anche psicologica, così come prevista nei LEA, la tutela e diritti della donna, la tutela della salute riproduttiva e sessuale, il sostegno della procreazione libera e consapevole nonché l'educazione alla genitorialità responsabile, avendo riguardo anche alle esigenze specifiche delle donne con disabilità; si preveda un sostegno socio-sanitario volto, in particolare, a: diffondere informazioni e conoscenze circa il momento del parto e la prima fase *post-partum* e a illustrare i servizi pubblici, di privato sociale e di volontariato presenti sul territorio; realizzare interventi di *home visiting* per i neo-genitori e i neonati fino al terzo anno di vita e poi successivamente, con diversa intensità e gradualità, al fine di sostenere la strutturazione di un clima relazionale positivo e la realizzazione di pratiche di cura educativa adeguate;

con riferimento alla Missione n. 5, componente « Politiche per il lavoro »:

a) con riguardo al Servizio civile universale, adottare nuove misure di indirizzo che incrementino i programmi e i progetti volti all'acquisizione e all'accrescimento di competenze nonché allo sviluppo di capacità e abilità connesse a prospettive occupazionali, al fine di sostenere i giovani

nell'orientamento e nelle scelte del loro futuro;

con riferimento alla Missione 4, « Istruzione e ricerca »:

a) al fine di potenziare le competenze di base nella scuola secondaria di primo e secondo grado, con interventi capaci di ridurre il tasso di abbandono scolastico, favorire l'inclusione delle fasce più emarginate, valorizzare il potenziale di bambini e ragazzi e favorire politiche di inclusività, si preveda l'introduzione della figura dello psicologo scolastico;

b) valorizzare l'importante funzione svolta dalla medicina scolastica, per tornare a garantire capillarmente la gestione dell'igiene pubblica e le attività per la prevenzione e la salute degli alunni;

con riferimento ai temi trasversali (parità di genere, giovani, Sud):

a) al fine di rendere efficace l'assunto, richiamato nelle premesse, per il quale il *gender mainstreaming* è criterio di valutazione di tutti i progetti indicati nel PNRR, occorre definire per tutti i progetti gli indicatori qualitativi e quantitativi volti a misurare i principali aspetti del fenomeno della disparità di genere; per ciascun indicatore, oltre al valore attuale, deve essere identificato anche un valore *target*, ovvero l'obiettivo specifico e misurabile da raggiungere;

b) inserire la previsione di programmi di educazione alla prevenzione e al contrasto della violenza contro le donne e del maltrattamento minorile tra le aree di intervento prioritarie;

c) si integri il PNRR con gli impegni del Governo per la realizzazione di asili nido e infrastrutture sociali – comprese quelle per anziani e per le persone con disabilità – agendo sul recupero del *gap* territoriale, al fine di garantire la stessa offerta su tutto il territorio nazionale, con particolare attenzione al Sud e alle aree interne e rurali. L'obiettivo è di: raggiungere il 60 per cento di posti nido entro il 2030; prevedere congedi obbligatori della durata di cinque mesi per entrambi i ge-

nitori e interventi di sostegno alla maternità per lavoratrici dipendenti e autonome, libere professioniste e imprenditrici; superare la disparità salariale; garantire la parità di accesso ai ruoli apicali in aziende, enti e istituzioni; sostenere l'*empowerment* femminile e il contrasto delle discriminazioni di genere, tenendo conto anche del fenomeno della discriminazione multipla; sostenere la formazione delle giovani donne nelle materie scientifiche e tecnologiche (STEM) nonché nelle materie finanziarie; condizionare l'assegnazione dei fondi del *Recovery Plan* ad azioni concrete per la parità di genere da parte delle aziende beneficiarie, applicando i principi del *gender procurement*; prevedere una valutazione *ex ante* ed *ex post* dell'impatto di genere per tutti i progetti delle Missioni del PNRR; garantire pari rappresentanza negli organismi di gestione e controllo dei progetti in cui si articolano le varie Missioni;

d) occorre applicare, con eventuali aggiustamenti, il criterio di riparto tra i Paesi previsto per le sovvenzioni dal Dispositivo di ripresa e resilienza (popolazione, PIL pro capite e tasso di disoccupazione) anche all'interno del Paese (tra le regioni e le macro-aree), in modo da colmare i divari territoriali, superando in maniera significativa la quota del 34% di investimenti al Mezzogiorno, e non considerando in tale computo le risorse per interventi « in essere », quelle già incluse nei tendenziali di finanza pubblica e quelle del REACT-EU;

e) introdurre strumenti di analisi e verifica sistematica dell'impatto delle politiche e dei programmi finanziati destinati ai giovani;

f) con riguardo alle politiche pubbliche in favore delle nuove generazioni, al fine di adempiere pienamente, nell'ambito dell'attuazione dei Piani di ripresa e resilienza degli Stati membri, a quanto indicato nelle nuove linee guida approvate in sede di Commissione europea il 22 gennaio scorso, appare necessario affidare al Presidente del Consiglio e all'Autorità delegata in materia di politiche giovanili la funzione di coordinamento delle misure contenute nel PNRR destinate ai giovani, in modo da

assicurare, insieme alla *governance* degli interventi, la massimizzazione della loro efficacia e di agevolarne il costante monitoraggio e la valutazione finale;

g) investire in progetti di *cohousing* per giovani con occupazioni non stabili, per

incentivare l'autonomia economica e abitativa dalla famiglia di origine e per sostenere le coppie con uno o più figli o monogenitoriali a rischio di disagio abitativo, in quanto non possono contrarre un mutuo o pagare interamente un affitto.