

XII COMMISSIONE PERMANENTE

(Affari sociali)

S O M M A R I O

SEDE CONSULTIVA:

Istituzione del Sistema terziario di istruzione tecnologica superiore. C. 544-2387-2692-2868-2946-3014-B, approvata, in un testo unificato, dalla Camera e modificata dal Senato (Parere alla VII Commissione) (<i>Esame e conclusione – Parere favorevole</i>)	382
ALLEGATO 1 (<i>Parere approvato dalla Commissione</i>)	390
Delega al Governo e altre disposizioni in materia di spettacolo. C. 3625 Governo, approvato dal Senato, e abb. (Parere alle Commissioni riunite VII e XI) (<i>Esame e conclusione – Parere favorevole</i>)	384
ALLEGATO 2 (<i>Parere approvato dalla Commissione</i>)	391
DL 50/2022 Misure urgenti in materia di politiche energetiche nazionali, produttività delle imprese e attrazione degli investimenti, nonché in materia di politiche sociali e di crisi ucraina. C. 3614 Governo (Parere alle Commissioni riunite V e VI) (<i>Seguito dell'esame e conclusione – Parere favorevole</i>)	385
ALLEGATO 3 (<i>Parere approvato dalla Commissione</i>)	392

SEDE REFERENTE:

Introduzione sperimentale del metodo del <i>budget</i> di salute per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati. C. 1752 D'Arrando (<i>Seguito dell'esame e rinvio</i>) ..	385
ALLEGATO 4 (<i>Proposte emendative</i>)	393

ATTI DELL'UNIONE EUROPEA:

Programma di lavoro della Commissione per il 2022 – Insieme per un'Europa più forte COM(2021)645 final.	
Relazione programmatica sulla partecipazione dell'Italia all'Unione europea nell'anno 2022. Doc. LXXXVI, n. 5.	
Programma di diciotto mesi del Consiglio dell'Unione europea (1° gennaio 2022-30 giugno 2023) – Portare avanti l'agenda strategica, elaborato dalle future presidenze francese, ceca e svedese e dall'Alto rappresentante, presidente del Consiglio « Affari esteri ». 14441/21 (Parere alla XIV Commissione) (<i>Esame congiunto e rinvio</i>)	386
UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI	389

SEDE CONSULTIVA

Mercoledì 29 giugno 2022. — Presidenza della vicepresidente Michela ROSTAN.

La seduta comincia alle 14.20.

Istituzione del Sistema terziario di istruzione tecnologica superiore.

C. 544-2387-2692-2868-2946-3014-B, approvata, in un testo unificato, dalla Camera e modificata dal Senato. (Parere alla VII Commissione).

(*Esame e conclusione – Parere favorevole*).

La Commissione inizia l'esame del provvedimento in titolo.

Giuseppe PAOLIN (LEGA), *relatore*, ricorda che la Commissione è chiamata a esprimere il proprio parere alla VII Commissione (Cultura) sul disegno di legge A.C. 544-B, recante Istituzione del Sistema terziario di istruzione tecnologica superiore. Il provvedimento, di iniziativa parlamentare, è stato approvato dalla Camera in prima lettura il 20 luglio 2021. Il Senato lo ha approvato, con modificazioni, il 25 maggio 2022.

Il provvedimento in esame introduce una disciplina legislativa per gli Istituti tecnici superiori (ITS), sino a oggi disciplinati da una fonte di rango secondario. L'intervento normativo proposto interviene sul segmento formativo terziario post diploma, di durata biennale (o triennale, secondo quanto disposto dal presente progetto di legge), che punta sulla specializzazione tecnica da assicurare in sinergia, fra l'altro, con il mondo imprenditoriale e con il sistema universitario.

Per quanto concerne le parti del provvedimento che possono assumere qualche rilievo per la XII Commissione, in particolare in relazione alle modifiche apportate dal Senato, segnala l'articolo 2. Ricorda che il testo approvato alla Camera identificava la priorità strategica degli ITS, nel primo quinquennio di applicazione della legge, nella formazione professionalizzante di tecnici superiori, finalizzata a soddisfare i fabbisogni formativi indotti dalla realizzazione dei piani di intervento previsti dal PNRR, con particolare riferimento alla transizione digitale, anche ai fini dell'espansione dei servizi digitali nell'ambito, tra gli altri, sanitario. Il Senato, intervenendo sull'articolo in esame, ha soppresso il legame tra l'obiettivo attribuito agli ITS e la fase congiunturale di realizzazione dei piani di intervento previsti dal PNRR, eliminando sia il riferimento esplicito a questi ultimi sia quello che ne limitava gli effetti al solo primo quinquennio di applicazione, conferendo alla disposizione, conseguentemente, una valenza strutturale.

L'articolo 3 reca norme generali sull'identità degli ITS Academy, sancendo che

essi debbano fare riferimento a una specifica area tecnologica tra quelle individuate con decreto del Ministro dell'istruzione (previo parere delle competenti Commissioni parlamentari). Nell'individuazione delle specifiche aree tecnologiche e degli eventuali ambiti in cui esse si articolano, il decreto in questione tiene conto delle principali sfide attuali e delle correnti linee di sviluppo economico, con particolare attenzione, tra l'altro, alle nuove tecnologie della vita e ai servizi rivolti agli enti senza fine di lucro.

Fa presente che all'articolo 4, recante il regime giuridico degli ITS Academy, il Senato ha, tra l'altro, modificato la lettera *d*) del comma 2 inserendo, tra i possibili soggetti fondatori delle fondazioni ITS Academy, anche gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di cui all'articolo 1 del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 (IRCCS) – oggetto della riforma approvata in prima lettura dalla Camera – o gli enti pubblici di ricerca di cui all'articolo 1 del decreto legislativo 25 novembre 2016, n. 218 (tra cui, si ricorda, figura anche l'Istituto superiore di sanità), operanti nell'area tecnologica di riferimento dell'ITS Academy. Peraltro, il Senato ha introdotto nel testo del medesimo articolo 4 anche un nuovo comma 6, che istituisce, per le erogazioni liberali in denaro effettuate in favore delle fondazioni ITS Academy a partire dal periodo d'imposta in corso alla data di entrata in vigore della presente legge, un credito d'imposta nella misura del 30 per cento delle erogazioni effettuate.

L'articolo 10 istituisce il Comitato nazionale ITS Academy per l'istruzione tecnologica superiore, con compiti di consulenza e proposta, nonché di consultazione delle associazioni di rappresentanza delle imprese, delle organizzazioni datoriali e sindacali, degli studenti e delle fondazioni ITS Academy, al fine di raccogliere elementi sui nuovi fabbisogni di figure professionali di tecnici superiori nel mercato del lavoro. Il Comitato nazionale è composto da dodici membri, tra i quali uno indicato dal Ministero della salute.

In conclusione, propone di esprimere un parere favorevole (*vedi allegato 1*).

Elena CARNEVALI (PD) preannuncia il voto favorevole dei deputati del Partito Democratico sulla proposta di parere, ribadendo la valenza del provvedimento all'esame della Commissione. Rileva che sinora non si è tenuto nella dovuta considerazione il ruolo che gli ITS possono svolgere nella formazione relativa a posti di alta specializzazione rispetto ai quali vi è un forte bisogno nella realtà produttiva del Paese.

Evidenzia come nel corso dell'esame presso l'altro ramo del Parlamento siano stati apportati alcuni correttivi, in particolare per quanto riguarda l'innovazione tecnologica e la messa sistema con il mondo accademico.

Esprime, pertanto, l'auspicio che possa giungere in tempi rapidi a compimento un percorso intrapreso con il pieno sostegno del suo gruppo e con la convergenza di tutte le forze politiche, dichiarandosi orgogliosa per il raggiungimento di questo risultato.

La Commissione approva la proposta di parere del relatore.

Delega al Governo e altre disposizioni in materia di spettacolo.

C. 3625 Governo, approvato dal Senato, e abb.

(Parere alle Commissioni riunite VII e XI).

(Esame e conclusione – Parere favorevole).

La Commissione inizia l'esame del provvedimento in titolo.

Michela ROSTAN, *presidente e relatrice*, ricorda che la Commissione è chiamata a esprimere il proprio parere alle Commissioni riunite VII (Cultura) e XI (Lavoro) sul testo del disegno di legge A.C. 3625, recante delega al Governo e altre disposizioni in materia di spettacolo, approvato dal Senato in data 18 maggio 2022.

Fa presente che il disegno di legge si compone di 12 articoli. Il testo, d'iniziativa governativa, è stato oggetto di un significativo ampliamento nel corso dell'esame parlamentare. In origine, infatti, esso consisteva di quattro articoli, sostanzialmente

coincidenti con gli attuali articoli 2 (recante la delega per la riforma del settore dello spettacolo, nonché delle forme di sostegno e tutela dei lavoratori di settore), 3 (istitutivo del registro nazionale dei professionisti operanti nel settore dello spettacolo), 5 (sull'osservatorio dello spettacolo) e 8 (sul portale INPS e i servizi per i lavoratori dello spettacolo), tutti peraltro interessati da modifiche, in taluni casi piuttosto penetranti, in sede parlamentare. Su questo impianto sono state poi innestate le altre previsioni, riguardanti sia la complessiva *governance* del settore che i profili di più stretta attinenza lavoristica, previdenziale e assistenziale: le modifiche all'articolo 1 della legge 22 novembre 2017, n. 175, che già attualmente delinea i principi della materia, con l'obiettivo di rimodulare la cornice normativa di riferimento (articolo 1); la disciplina della professione di agente o rappresentante per lo spettacolo dal vivo (articolo 4); l'istituzione del sistema nazionale a rete degli osservatori dello spettacolo (articolo 6) e degli osservatori regionali dello spettacolo (articolo 7); l'istituzione del tavolo permanente per lo spettacolo (articolo 9); la determinazione dell'importo massimo della retribuzione giornaliera riconosciuta a fini assistenziali (articolo 10); la previsione di tirocini formativi e di orientamento per giovani diplomati presso istituti professionali (articolo 11); gli interventi relativi al fondo unico per lo spettacolo (articolo 12).

Per quanto riguarda le disposizioni di specifico interesse della XII Commissione, si limita a segnalare l'articolo 10, che eleva da 100 euro a 120 euro il limite massimo di importo giornaliero per la contribuzione e la base di calcolo relative ai trattamenti di malattia e di maternità o di paternità (ivi compresi quelli per congedo parentale) dei lavoratori dello spettacolo, dipendenti o autonomi, a tempo determinato (iscritti al Fondo pensione lavoratori dello spettacolo); l'incremento in esame decorre dal 1° luglio 2022.

Segnala, inoltre, l'articolo 12, che integra i criteri di riparto del Fondo unico per lo spettacolo, al fine di promuovere l'equi-

librio di genere e l'impiego nelle rappresentazioni liriche di giovani talenti italiani.

Per quanto concerne gli altri articoli del disegno di legge in esame, il cui contenuto è già stato sinteticamente descritto, non ravvisa la presenza di disposizioni che afferiscano a materia di competenza della XII Commissione.

Pertanto, in considerazione delle competenze molto limitate della XII Commissione, ritenendo condivisibili le finalità perseguite dal provvedimento in oggetto, anche alla luce delle modifiche apportate nel corso dell'esame parlamentare, propone di esprimere su di esso un parere favorevole (*vedi allegato 2*).

Nessuno chiedendo di intervenire, pone in votazione la proposta di parere favorevole.

La Commissione approva la proposta di parere della relatrice.

DL 50/2022 Misure urgenti in materia di politiche energetiche nazionali, produttività delle imprese e attrazione degli investimenti, nonché in materia di politiche sociali e di crisi ucraina.

C. 3614 Governo.

(Parere alle Commissioni riunite V e VI).

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

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento, rinviato nella seduta del 28 giugno 2022.

Michela ROSTAN, *presidente*, ricorda che nella seduta di ieri, il relatore, deputato Bagnasco ha svolto la relazione.

Non essendoci richieste di intervenire, invita relatore ad illustrare la proposta di parere che ha predisposto.

Roberto BAGNASCO (FI), *relatore*, alla luce delle considerazioni svolte nella seduta precedente, illustra una proposta di parere favorevole (*vedi allegato 3*).

La Commissione approva la proposta di parere del relatore.

La seduta termina alle 14.35.

SEDE REFERENTE

Mercoledì 29 giugno 2022. — Presidenza della vicepresidente Michela ROSTAN.

La seduta comincia alle 14.35.

Introduzione sperimentale del metodo del *budget* di salute per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati.

C. 1752 D'Arrando.

(*Seguito dell'esame e rinvio*).

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento, rinviato, da ultimo nella seduta del 17 giugno 2021.

Michela ROSTAN, *presidente*, ricorda che alle ore 14 di lunedì 6 giugno 2022 è scaduto il termine per la presentazione delle proposte emendative riferite alla proposta di legge in titolo. Avverte che ne sono state presentate circa 150 (*vedi allegato 4*).

Chiede, quindi, se vi siano interventi sul complesso delle proposte emendative presentate.

Lisa NOJA (IV), nell'evidenziare l'importanza del tema oggetto della proposta di legge in discussione, che persegue un obiettivo comune a tutte le forze politiche, sottolinea che occorre un aggiornamento del suo contenuto rispetto a un contesto mutato dopo la pandemia di COVID-19, in un quadro legislativo che vede in fase di attuazione la riforma della medicina territoriale, con le risorse del PNRR, e la delega sulla disabilità.

Occorre, a suo avviso, analizzare attentamente tutte le proposte emendative presentate con l'obiettivo di inserire l'intervento legislativo all'interno della nuova situazione che si è determinata, ritenendo doveroso chiarire che la presentazione di emendamenti da parte del suo gruppo è avvenuta con spirito costruttivo.

Celeste D'ARRANDO (M5S), intervenendo da remoto, si associa alle considerazioni svolte dalla collega Noja rispetto

alle modifiche del contesto in cui si inserisce la proposta di legge in esame, segnalando che anche per questo motivo il Movimento 5 Stelle ha presentato numerose proposte emendative, in molti casi analoghe a quelle di altri gruppi, anche raccogliendo le sollecitazioni provenienti dalle audizioni svolte.

Ricorda che gli emendamenti presentati riguardano, tra l'altro, il superamento della previsione di una fase sperimentale e l'introduzione di un progetto personalizzato di più ampio respiro. Altre proposte emendative derivano da richieste avanzate dalla Conferenza delle regioni.

Nel concordare sull'opportunità di proseguire nell'esame del provvedimento tenendo conto del processo in atto per quanto riguarda la riforma della sanità territoriale e degli interventi a sostegno delle persone con disabilità, si dichiara certa della possibilità di effettuare un confronto proficuo con tutte le forze politiche.

Fabiola BOLOGNA (MISTO-VI-ICT), intervenendo da remoto, si unisce alle riflessioni svolte dalle colleghe, ribadendo che occorre avere ben presenti gli interventi in atto per quanto concerne la sanità territoriale e la disabilità. Segnala, inoltre, di avere presentato alcuni emendamenti relativi all'utilizzo dei termini nel testo dell'articolo, al fine di consentire la massima chiarezza nell'applicazione della normativa che si vuole introdurre.

Michela ROSTAN, *presidente*, nessun altro chiedendo di intervenire, rinvia il seguito dell'esame del provvedimento ad altra seduta.

La seduta termina alle 14.45.

ATTI DELL'UNIONE EUROPEA

Mercoledì 29 giugno 2022. — Presidenza della vicepresidente Michela ROSTAN

La seduta comincia alle 14.45.

Programma di lavoro della Commissione per il 2022 – Insieme per un'Europa più forte.
COM(2021)645 final.

Relazione programmatica sulla partecipazione dell'Italia all'Unione europea nell'anno 2022.
Doc. LXXXVI, n. 5.

Programma di diciotto mesi del Consiglio dell'Unione europea (1° gennaio 2022-30 giugno 2023) – Portare avanti l'agenda strategica, elaborato dalle future presidenze francese, ceca e svedese e dall'Alto rappresentante, presidente del Consiglio « Affari esteri ».
14441/21.

(Parere alla XIV Commissione).

(Esame congiunto e rinvio).

La Commissione inizia l'esame congiunto dei provvedimenti in oggetto.

Michela ROSTAN, *presidente*, ricorda che la Commissione avvia l'esame congiunto, per le parti di competenza, del Programma di lavoro della Commissione per il 2022 – Insieme per un'Europa più forte (COM(2021)645 final), della Relazione programmatica sulla partecipazione dell'Italia all'Unione europea nell'anno 2022 (Doc. LXXXVI, n. 5) e del Programma di diciotto mesi del Consiglio dell'Unione europea (1° gennaio 2022 – 30 giugno 2023) – Portare avanti l'agenda strategica, elaborato dalle future presidenze francese, ceca e svedese e dall'Alto rappresentante, presidente del Consiglio « Affari esteri » (14441/21).

Ricorda che l'esame sugli atti all'ordine del giorno dovrà concludersi con l'approvazione di un parere che verrà trasmesso alla XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea) e con la nomina del relatore che può partecipare, per riferirvi, alle sedute della XIV Commissione, la quale concluderà l'esame con l'approvazione di una relazione per l'Assemblea.

Dà, quindi, la parola alla relatrice, deputata Ianaro, per lo svolgimento della relazione.

Angela IANARO (PD), *relatrice*, fa presente che i documenti di cui la Commissione avvia l'esame sono molto articolati

ma tra loro fortemente interconnessi, al punto da consentire lo svolgimento di una relazione unitaria, partendo dai contenuti della Relazione programmatica relativa alla partecipazione dell'Italia all'Unione europea per l'anno in corso.

Nella premessa, la Relazione pone innanzitutto in evidenza che nel 2021 l'Unione europea ha inteso agire senza divisioni e, grazie a questo, ha compiuto grandi passi avanti, raggiungendo traguardi nuovi, dalla campagna di vaccinazione al *Next Generation EU*. Vi si afferma quindi che lo stesso metodo di « azione unitaria, coraggiosa ed efficace » dovrà ora essere rinnovato per affrontare le sfide poste dalla guerra in Ucraina e per continuare a riformare l'Unione europea nella direzione di un « federalismo pragmatico ed ideale », anche sulla base delle proposte formulate nel contesto della Conferenza sul futuro dell'Europa; tra queste ultime, si segnala quella riguardante la costruzione di una vera « Unione europea della salute », sulla base dell'esperienza maturata con la pandemia da COVID-19. La Relazione programmatica indica quindi le misure e le iniziative che il Governo intende intraprendere, nel quadro degli obiettivi strategici fondamentali indicati nella Dichiarazione comune delle istituzioni dell'Unione sulle priorità legislative dell'UE per il 2022.

Per quanto riguarda gli obiettivi strategici del Programma di lavoro della Commissione per il 2022 (COM(2021)645 final), si indicano di seguito le linee di azione prioritarie – indicate dalla Relazione in oggetto – che coinvolgono le materie di competenza della XII Commissione.

La Relazione pone in evidenza che la digitalizzazione riguarderà tanto i settori più strettamente connessi alla vita economica e produttiva quanto quelli sociali, fra cui in particolare, anche con riferimento alle esigenze emerse con la crisi pandemica, la sanità. I progetti contemplati dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) – in materia di Fascicolo sanitario elettronico (FSE), analisi dei dati e telemedicina – sono progetti pluriennali; per essi saranno realizzate le attività preliminari, che dovrebbero consentire lo svolgimento

delle attività successive. Riguardo al profilo delle cure transfrontaliere, la Relazione afferma che proseguirà l'attuazione del progetto « *Deployment of generic cross border ehealth services in Italy* », con la messa in esercizio (prevista per il primo semestre del 2023) dell'infrastruttura nazionale connessa al *National Contact Point for eHealth* (NCPeH), la quale permetterà ai cittadini dei Paesi dell'Unione di utilizzare in Italia le prescrizioni mediche elettroniche dei loro Paesi e ai medici italiani che li abbiano in cura di richiedere il Patient Summary – ovvero il profilo sanitario sintetico, estratto dal Fascicolo sanitario elettronico del paziente. La Relazione ricorda inoltre che si provvederà al rafforzamento del sistema EESSI (Electronic Exchange of Social Security Information – Scambio elettronico di informazioni previdenziali), per lo scambio a livello europeo di dati amministrativi, relativi anche all'erogazione delle cure all'estero.

Sempre con riferimento ai sistemi informativi, la Relazione afferma che, nell'ambito dell'attuazione del Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu 2021-2023), si avvierà lo sviluppo di: « sistemi di allerta rapida che possano identificare eventi inusuali/inattesi rispetto all'andamento atteso stagionale dell'influenza »; « sistemi informativi dedicati per il monitoraggio della domanda di servizi sanitari »; « un adeguato sistema di comunicazione e gestione delle informazioni per la distribuzione dei vaccini fra il Governo centrale e gli enti locali ».

Il Governo prevede inoltre una serie di investimenti infrastrutturali nell'ambito dell'edilizia e della digitalizzazione delle strutture sanitarie pubbliche. In particolare, si intendono perseguire i seguenti obiettivi: 1) ammodernare il parco tecnologico e digitale ospedaliero (componente 2 – Investimento 1.1 della missione n. 6 – missione salute – del PNRR) attraverso la sostituzione di apparecchiature ad alto contenuto tecnologico con un grado di vetustà superiore a cinque anni, la realizzazione di interventi finalizzati al potenziamento del livello di digitalizzazione delle strutture ospe-

daliere sede di dipartimento di emergenza e accettazione (DEA) di primo e secondo livello, il rafforzamento strutturale del Servizio sanitario nazionale (SSN) – attraverso l’ampliamento e la ristrutturazione della dotazione esistente di posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva –, l’ammodernamento delle sedi di pronto soccorso e l’incremento del numero di ambulanze; 2) rendere gli ospedali luoghi sicuri e sostenibili (componente 2 – Investimento 1.2 della suddetta missione del PNRR), attraverso interventi di adeguamento alle normative antisismiche.

Il Governo prevede anche di rafforzare le competenze digitali dei professionisti che operano nel SSN, garantendo, entro l’anno 2026, 4.500 unità di personale formate. A tal fine, sono contemplati nell’ambito del PNRR 18 milioni di euro.

In via generale, si prevede il miglioramento dell’accessibilità ai servizi e alle prestazioni del SSN nonché della sua resilienza, in una logica di sostenibilità a medio e lungo termine. In particolare, la Relazione colloca nel primo semestre 2022 l’adozione del decreto ministeriale di riforma dell’organizzazione dell’assistenza sanitaria territoriale.

In merito alle politiche di tutela dei consumatori, sarà posto in essere un coordinamento fra il Governo e le regioni per definire un piano di controlli dei prodotti che vengano posti in vendita come disinfettanti senza il rispetto della relativa normativa (il Regolamento (UE) 528/2012, sull’uso dei biocidi).

Nell’ambito degli interventi intesi, secondo la definizione della Commissione europea, alla promozione dello stile di vita europeo, la Relazione fa menzione dell’Unione europea della salute. In tale ambito, si afferma che « il Governo assumerà la guida del partenariato europeo che coinvolgerà la Commissione europea e i Ministeri della salute dei Paesi membri dell’Unione e associati al fine di supportare la produzione di evidenze scientifiche che rispondano alle sfide di sostenibilità dei sistemi e di risposta ai bisogni dei cittadini ».

Riguardo al conflitto in Ucraina, il Governo – ricorda la Relazione – si è attivato

per garantire assistenza sanitaria ai profughi di guerra, in linea con l’articolo 32 della Costituzione, il quale prevede la tutela della salute come diritto fondamentale.

Sul fronte delle politiche sociali, nella Relazione il Governo preannuncia la propria intenzione di proseguire nell’azione di contrasto all’esclusione sociale e alla povertà, nell’ambito del Pilastro europeo dei diritti sociali adottato a Göteborg nel 2017 e del conseguente Piano d’Azione approvato con l’obiettivo di migliorare la capacità di risposta delle istituzioni in termini di prestazioni assistenziali, in particolare nei confronti delle famiglie che presentino bisogni complessi e delle persone in condizione di marginalità estrema. Questa linea di azione si concretizzerà in particolare: nel rafforzamento delle politiche attive nell’ambito del reddito di cittadinanza; nella definizione di una strategia di sostegno alla povertà e ai senza fissa dimora; nella formalizzazione di livelli essenziali delle prestazioni dei servizi assistenziali per la deistituzionalizzazione degli anziani fragili nell’ambito del PNRR; nel potenziamento dei progetti volti al contrasto dell’esclusione di gruppi di bambini in ragione delle condizioni di vita o dell’etnia.

Per quanto riguarda il supporto alle famiglie, il Governo italiano mira a proseguire le proprie azioni finalizzate a sostenere la genitorialità, a contrastare la denatalità, a valorizzare la crescita armoniosa delle bambine, dei bambini e dei giovani. Sotto questo profilo, il Governo si impegna in primo luogo ad approvare i decreti legislativi attuativi del cosiddetto Family Act (legge 7 aprile 2022, n. 32), che si occuperanno in particolare di sostegno alle famiglie per le spese educative e scolastiche, sportive e culturali, di riforma dei congedi parentali, di incentivi al lavoro femminile, di promozione dell’autonomia finanziaria dei giovani under 35. Inoltre, il Governo, nell’ambito del Programma operativo nazionale « Inclusionone », continuerà le attività del Progetto « Supporto per lo sviluppo dei Centri per la famiglia e il coordinamento di interventi in materia di servizi di protezione e inclusione sociale per nuclei fami-

liari multiproblematici e/o persone particolarmente svantaggiate ».

Sul fronte della conciliazione vita-lavoro, il Governo italiano continuerà le attività del Progetto « REFLEX – REconciliation and FLEXibility: reconciling new work and care needs » finanziato dalla Commissione europea, che intende contribuire alla creazione di un modello di sistema di *welfare* aziendale, da mettere a disposizione di tutte le imprese italiane tramite un'applicazione digitale, che si ponga in futuro come riferimento nazionale per tutte le imprese del territorio italiano.

Un particolare cenno merita il sistema europeo di garanzia per i bambini vulnerabili (*European Child Guarantee*), iniziativa della Commissione europea volta a promuovere pari opportunità e garantire che ogni bambino in Europa a rischio di povertà o di esclusione sociale abbia accesso ad assistenza sanitaria e istruzione gratuita, cura, abitazioni dignitose e nutrizione adeguata. L'Italia è coinvolta nella fase pilota del progetto, che si concentra nella sperimentazione di sistemi di intervento per il contrasto alla povertà minorile e all'esclusione sociale. Tra le azioni che il Governo metterà in atto nell'ambito di tale progetto pilota si segnalano le seguenti: l'elaborazione di un focus sulle barriere d'accesso ai servizi sociali per minorenni vulnerabili; il rilancio dell'affidamento familiare in Italia; l'accompagnamento all'autonomia dei neomaggiorenni in uscita dai percorsi di tutela; la promozione di azioni sul contrasto alla povertà educativa e sulla protezione delle categorie di minorenni più vulnerabili.

Fa presente che, per quanto riguarda le politiche volte a potenziare i servizi a sostegno delle persone con disabilità, quest'ultimo rappresenta un obiettivo concreto da realizzare attraverso l'utilizzo delle ri-

sorse del PNRR. In primo luogo, nell'ambito della missione 5 del PNRR, « Inclusion e Coesione », è entrata in vigore la « Legge quadro sulla disabilità » (legge 22 dicembre 2021, n. 227), che si pone l'obiettivo di semplificare l'accesso ai servizi, i meccanismi di accertamento della disabilità e di potenziare gli strumenti finalizzati alla definizione di un progetto di vita personalizzato e partecipato. Verranno poi portate avanti altre azioni, già in corso di implementazione, in collaborazione con le istituzioni europee, con l'obiettivo finale di porre le condizioni affinché sia effettivamente rimosso qualsiasi ostacolo per la piena inclusione delle persone con disabilità.

Sul fronte delle politiche della parità di genere, il Governo proseguirà la sua azione di promozione delle politiche in questione, mediante l'attuazione della nuova « Strategia nazionale per la parità di genere » presentata nel mese di agosto 2021 e mediante l'attuazione di progetti europei dedicati, e darà ulteriore impulso all'azione di contrasto alla violenza maschile sulle donne, sia sotto il versante della prevenzione e contrasto sia sotto il versante della protezione delle vittime, in considerazione degli obblighi assunti dall'Italia sia in sede europea che con la ratifica della Convenzione di Istanbul.

Michela ROSTAN, *presidente*, nessuno chiedendo di intervenire, rinvia il seguito dell'esame ad altra seduta.

La seduta termina alle 14.55.

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

L'ufficio di presidenza si è riunito dalle 15.30 alle 15.40.

ALLEGATO 1

**Istituzione del Sistema terziario di istruzione tecnologica superiore.
C. 544-2387-2692-2868-2946-3014-B, approvata, in un testo unificato,
dalla Camera e modificata dal Senato.**

PARERE APPROVATO DALLA COMMISSIONE

La XII Commissione,

esaminata, per le parti di competenza, la proposta di legge recante « Istituzione del Sistema terziario di istruzione tecnologica superiore » (C. 544-2387-2692-2868-2946-3014-B, approvata, in un testo unificato, dalla Camera e modificata dal Senato);

rilevato, in particolare, che il provvedimento in oggetto prevede, all'articolo 4, che tra i possibili soggetti fondatori delle fondazioni ITS Academy figurino anche gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di cui all'articolo 1 del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 (IRCCS) e

gli enti pubblici di ricerca di cui all'articolo 1 del decreto legislativo 25 novembre 2016, n. 218, tra i quali è ricompreso l'Istituto superiore di sanità;

osservato, inoltre, che l'articolo 10 istituisce il Comitato nazionale ITS Academy per l'istruzione tecnologica superiore, con compiti di consulenza e proposta, che si compone di dodici membri, due dei quali sono indicati, rispettivamente, dal Ministero della salute e dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali,

esprime

PARERE FAVOREVOLE.

ALLEGATO 2

**Delega al Governo e altre disposizioni in materia di spettacolo. C. 3625
Governo, approvato dal Senato, e abb.**

PARERE APPROVATO DALLA COMMISSIONE

La XII Commissione,
esaminato, per le parti di competenza,
il disegno di legge C. 3625 Governo, appro-
vato dal Senato, recante « Delega al Go-
verno e altre disposizioni in materia di
spettacolo »;

condivisi, in generale, il contenuto e le
finalità del provvedimento in oggetto, an-

che alla luce delle modifiche apportate nel
corso dell'esame parlamentare, e rilevate le
limitate competenze specifiche della XII
Commissione,

esprime

PARERE FAVOREVOLE.

ALLEGATO 3

DL 50/2022 Misure urgenti in materia di politiche energetiche nazionali, produttività delle imprese e attrazione degli investimenti, nonché in materia di politiche sociali e di crisi ucraina. C. 3614 Governo.**PARERE APPROVATO DALLA COMMISSIONE**

La XII Commissione,

esaminato, per le parti di competenza, il disegno di legge di conversione del decreto-legge n. 50 del 2022, recante misure urgenti in materia di politiche energetiche nazionali, produttività delle imprese e attrazione degli investimenti, nonché in materia di politiche sociali e di crisi ucraina (C. 3614 Governo);

considerate, in particolare, le misure introdotte dall'articolo 1 del provvedimento in esame in favore delle persone che si trovano in situazioni economicamente svantaggiate o in gravi condizioni di salute, concernenti le agevolazioni relative alle tariffe per la fornitura di energia elettrica, nonché la previsione, all'articolo 35, dell'erogazione di buoni per l'acquisto di abbo-

namenti per i servizi di trasporto ferroviario nazionale, al fine di mitigare i costi di trasporto, soprattutto per studenti e lavoratori;

evidenziata, in materia di sanità, la misura disposta dall'articolo 40 per fare fronte ai maggiori costi a carico degli enti del Servizio sanitario nazionale dovuti all'aumento dei prezzi delle fonti energetiche, attraverso l'incremento, per l'anno 2022, del livello del finanziamento corrente del Servizio sanitario nazionale cui concorre lo Stato per un importo di 200 milioni di euro,

esprime

PARERE FAVOREVOLE.

ALLEGATO 4

Introduzione sperimentale del metodo del *budget* di salute per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati. C. 1752 D'Arrando.

PROPOSTE EMENDATIVE

ART. 1.

Al comma 1, lettera a), premettere la seguente:

0a) dare applicazione all'articolo 3 della Costituzione e alla Convenzione sui diritti delle persone con disabilità delle Nazioni Unite, ratificata dall'Italia con la legge 3 marzo 2009, n. 18, in particolare agli articoli 1, 3, 5 e 19;

1.1. Versace, Novelli, Bagnasco, Bond, Brambilla.

Al comma 1, sostituire la lettera b) con la seguente:

b) valorizzare le potenzialità delle persone che presentano vulnerabilità inerenti alle aree di cui all'articolo 3-septies, comma 4, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, promuovendone e sostenendone l'autonomia e la vita indipendente, nonché il diritto alla piena inclusione sociale, ferme restando le previsioni di cui alla legge 22 dicembre 2021, n. 227.

1.2. Noja.

Al comma 1, lettera b), sostituire le parole da: vulnerabili fino a: livello sociale con le seguenti: e con gravi disabilità, promuovendo e sostenendo interventi integrati per l'abilitazione e l'inserimento sociale e lavorativo.

1.3. Versace, Bagnasco, Novelli, Bond, Brambilla.

Al comma 1, lettera b), dopo le parole: e invalidanti aggiungere le seguenti: , con disabilità mentale.

1.5. Bellucci, Gemmato, Ferro.

Al comma 1, lettera b), aggiungere, in fine, le parole: e rispondendo ai loro bisogni socio-sanitari.

1.6. Provenza, D'Arrando, Loreface, Mammi, Marzana, Nappi, Penna, Ruggiero, Villani, Misiti.

Al comma 1, sostituire la lettera c) con la seguente:

c) prevenire l'istituzionalizzazione e favorire la deistituzionalizzazione delle persone con vulnerabilità inerenti all'area della salute mentale e delle persone non autosufficienti, anche promuovendo il diritto alla domiciliarità delle cure e dei sostegni socio-assistenziali e migliorando l'aspettativa di vita e la qualità della salute.

1.7. Noja.

Al comma 1, sostituire la lettera d) con la seguente:

d) individuare e attivare i sostegni e gli interventi idonei a favorire la parità di accesso alle prestazioni socio-sanitarie inserite nei LEA e il superamento delle condizioni di bisogno ed emarginazione dei beneficiari delle misure di cui alla presente legge, attraverso la riqualificazione delle risorse disponibili a legislazione vigente, secondo principi di appropriatezza e ottimizzazione.

1.8. Noja.

Al comma 1, lettera d), sostituire le parole da: la riduzione dei costi fino alla fine della lettera con le seguenti: la riconversione e la riqualificazione dei costi connessi alla istituzionalizzazione dei bisogni socio-sanitari delle persone fragili e vulnerabili, a una inappropriata gestione sanitaria dei medesimi bisogni e alla disparità nell'accesso alle prestazioni socio-sanitarie.

1.9. D'Arrando, Lorefice, Mammì, Marzana, Nappi, Penna, Ruggiero, Villani, Provenza, Misiti.

Al comma 1, dopo la lettera d), inserire la seguente:

d-bis) pianificare gli interventi di prevenzione e promozione della salute da realizzare sul territorio, attraverso gli obiettivi e gli strumenti previsti dal Piano nazionale della prevenzione, al fine di garantire sia la salute individuale e collettiva sia la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale, attraverso azioni quanto più possibile basate su evidenze di efficacia, equità e sostenibilità che accompagnano il cittadino in tutte le fasi della vita, nei luoghi in cui vive e lavora.

1.10. Ianaro.

Al comma 1, sostituire la lettera e) con la seguente:

e) promuovere la partecipazione attiva e diretta del beneficiario delle misure di cui alla presente legge, anche quando soggetto a una misura di protezione giuridica, nella definizione degli interventi necessari a soddisfare i propri bisogni prioritari, al fine di assicurare interventi modulati, pertinenti e personalizzati, in coerenza con l'*International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) dell'Organizzazione mondiale della sanità e dei correlati strumenti tecnico-operativi di valutazione.

1.11. Noja.

Al comma 1, sostituire la lettera e) con la seguente:

e) promuovere la partecipazione attiva e diretta della persona fragile nella

definizione delle risposte necessarie a soddisfare i propri bisogni prioritari, al fine di assicurare interventi modulati, pertinenti e personalizzati, in coerenza con i parametri sovranazionali e in armonia con la legge 22 dicembre 2021, n. 227.

1.12. Bologna.

Al comma 1, lettera e), sostituire le parole: dell'utente con le seguenti: della persona fragile.

1.13. Bologna.

Al comma 1, lettera e), sopprimere le parole: , in coerenza con l'*International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) dell'Organizzazione mondiale della sanità.

1.14. Mammì, D'Arrando, Lorefice, Marzana, Penna, Ruggiero, Villani, Provenza, Misiti.

Al comma 1, lettera e), sostituire le parole: l'*International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) dell'Organizzazione mondiale della sanità con le seguenti: le scale di valutazione disponibili e consolidate nella letteratura scientifica e nella pratica clinica quali la Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute – *International Classification of Functioning Disability and Health* (ICF), approvata dalla 54^a Assemblea mondiale della sanità il 22 maggio 2001.

Conseguentemente, all'articolo 3, comma 1, secondo periodo, sostituire le parole: è condotta applicando l'ICF con le seguenti: è condotta applicando le scale di valutazione disponibili e consolidate nella letteratura scientifica e nella pratica clinica, quali l'ICF.

1.15. Boldi, Panizzut, De Martini, Foscolo, Lazzarini, Paolin, Patelli, Sutto, Tiramani.

Al comma 1, lettera e), sostituire le parole: l'*International Classification of Fun-*

ctioning, Disability and Health (ICF) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità con le seguenti: i parametri sovranazionali.

1.16. Bologna.

Al comma 1, lettera e), aggiungere, in fine, le parole: e della Convenzione sui diritti delle persone con disabilità delle Nazioni Unite, ratificata con la legge 3 marzo 2009, n. 18.

1.17. Versace, Bagnasco, Novelli, Bond, Brambilla.

Al comma 1, dopo la lettera e), aggiungere la seguente:

e-bis) modificare le politiche pubbliche, tenendo conto dei determinanti sociali sulla salute e degli interventi che a questi s'indirizzano, sulle cui conclusioni sono state adottate specifiche raccomandazioni dalla 62^a Assemblea dell'Organizzazione mondiale della sanità del 22 maggio 2009.

1.18. Mammì, D'Arrando, Loreface, Marzana, Nappi, Penna, Provenza, Ruggiero, Villani, Misiti.

Al comma 1, dopo la lettera e), aggiungere la seguente:

e-bis) valorizzare e riqualificare i beni comuni, i beni confiscati alla criminalità organizzata e le risorse ambientali presenti a livello territoriale.

1.19. D'Arrando, Loreface, Mammì, Marzana, Nappi, Penna, Provenza, Ruggiero, Villani, Misiti.

Al comma 1, lettera f), sostituire le parole: , cogestione e corealizzazione con le seguenti: e di cogestione.

1.20. D'Arrando, Loreface, Mammì, Marzana, Nappi, Penna, Provenza, Ruggiero, Villani, Misiti.

Al comma 1, lettera f), sostituire le parole da: dei bisogni fino alla fine della lettera con

le seguenti: dei servizi e degli interventi necessari a soddisfare i bisogni dei beneficiari della presente legge, idonei a garantire la gestione integrata delle prestazioni sociali con le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie inserite nei LEA da parte dei servizi sanitari delle aziende sanitarie locali (ASL), dei servizi sociali degli enti locali, degli enti del Terzo settore individuati dal codice di cui decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117.

1.21. Noja.

Al comma 1, lettera f), sopprimere le parole: e dei soggetti civilmente obbligati

Conseguentemente, all'articolo 3, comma 6, sopprimere le parole: eventuali tutori o soggetti civilmente obbligati,.

1.22. Provenza, D'Arrando, Loreface, Mammì, Marzana, Nappi, Penna, Ruggiero, Villani, Misiti.

Al comma 1, lettera f), sostituire le parole: e dei soggetti civilmente obbligati con le seguenti: o amministratori di sostegno.

Conseguentemente, all'articolo 3, comma 6, sostituire le parole: soggetti civilmente obbligati con le seguenti: amministratori di sostegno.

1.23. Ianaro.

Al comma 1, sopprimere la lettera g).

1.24. Noja.

Al comma 1, lettera g), sostituire le parole: degli utenti con le seguenti: dei pazienti.

1.25. Bellucci, Gemmato, Ferro.

Al comma 1, lettera g), sostituire le parole: progetti terapeutici riabilitativi individualizzati con le seguenti: progetti personalizzati di comunità.

Conseguentemente, ovunque ricorrano nel testo della proposta di legge e nel titolo:

a) *sostituire le parole:* progetti terapeutici riabilitativi individualizzati *con le seguenti:* progetti personalizzati di comunità;

b) *sostituire le parole:* progetto terapeutico riabilitativo individualizzato *con le seguenti:* progetto personalizzato di comunità.

1.26. D'Arrando, Loreface, Mammi, Marzana, Nappi, Penna, Provenza, Ruggiero, Villani, Misiti.

Al comma 1, lettera g), sostituire le parole: progetti terapeutici riabilitativi individualizzati *con le seguenti:* progetti di vita individuali, personalizzati e partecipati.

Conseguentemente, ovunque ricorrano nel testo della proposta di legge e nel titolo:

a) *sostituire le parole:* progetti terapeutici riabilitativi individualizzati *con le seguenti:* progetti di vita individuali, personalizzati e partecipati;

b) *sostituire le parole:* progetto terapeutico riabilitativo individualizzato *con le seguenti:* progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato.

1.27. Panizzut, Boldi, De Martini, Foscolo, Lazzarini, Paolin, Patelli, Sutto, Tiramani.

Al comma 1, lettera g), sostituire le parole: progetti terapeutici riabilitativi individualizzati *con le seguenti:* progetti individuali dei sostegni.

Conseguentemente, ovunque ricorrano nel testo della proposta di legge e nel titolo:

a) *sostituire le parole:* progetti terapeutici riabilitativi individualizzati *con le seguenti:* progetti individuali dei sostegni;

b) *sostituire le parole:* progetto terapeutico riabilitativo individualizzato *con le seguenti:* progetto individuale dei sostegni;

1.28. Versace, Bagnasco, Novelli, Bond, Brambilla.

Al comma 1, lettera g), sostituire le parole: progetti terapeutici riabilitativi individualizzati, *con le seguenti:* progetti personalizzati socio-sanitari.

Conseguentemente, ovunque ricorrano nel testo della proposta di legge:

a) *sostituire le parole:* progetti terapeutici riabilitativi individualizzati *con le seguenti:* progetti personalizzati socio-sanitari;

b) *sostituire le parole:* progetto terapeutico riabilitativo individualizzato *con le seguenti:* progetto personalizzato socio-sanitario.

1.29. Bologna.

Al comma 1, dopo la lettera g), aggiungere le seguenti:

g-bis) promuovere le finalità di cui alla legge 22 giugno 2016, n. 112 e la progettazione individualizzata per le persone disabili di cui all'articolo 14 della legge 8 novembre 2000, n. 328, nella forma del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato;

g-ter) promuovere l'implementazione del *welfare* di comunità, in coerenza con i principi e le finalità di cui agli articoli 1 e 5 della legge 8 novembre 2000, n. 328.

1.30. Carnevali.

Al comma 1, dopo la lettera g), aggiungere la seguente:

g-bis) realizzare la progettualità di cui all'articolo 14 della legge 8 novembre 2000, n. 328, secondo i principi di sussidiarietà

di cui agli articoli 1 e 5 della medesima legge.

1.31. D'Arrando, Loreface, Mammi, Marzana, Nappi, Penna, Provenza, Ruggiero, Villani, Misiti.

Al comma 2, sostituire le parole: prevede l'introduzione, in via sperimentale, del *con le seguenti:* disciplina il.

Conseguentemente:

a) *all'articolo 2, apportare le seguenti modificazioni:*

1) *al comma 1, sostituire le parole:* individuano, nel territorio di competenza, gli ambiti territoriali in cui attivare, in via sperimentale e per la durata di tre anni, i progetti terapeutici riabilitativi individualizzati *con le seguenti:* recepiscono le disposizioni della presente legge, anche attraverso l'inclusione, negli atti di pianificazione e di programmazione delle aziende sanitarie territoriali, dei progetti personalizzati di comunità;

2) *alla rubrica sostituire le parole:* Introduzione sperimentale *con la seguente:* Attuazione;

b) *all'articolo 4, comma 6, sopprimere le parole:* , idonee a rilevare e a valutare gli esiti della sperimentazione;

c) *all'articolo 5, apportare le seguenti modificazioni:*

1) *al comma 1, sostituire le parole:* l'introduzione sperimentale *con le seguenti:* l'attuazione;

2) *sostituire i commi 3 e 4 con il seguente:* 3. L'osservatorio pubblica, per ciascun anno, gli esiti della propria attività sul sito *internet* istituzionale del Ministero della salute e il Ministro della salute presenta una relazione annuale alle Camere;

3) *alla rubrica sostituire le parole:* sull'introduzione sperimentale del *con la seguente:* sul;

d) *al titolo della proposta di legge, sostituire le parole:* Introduzione sperimentale *con la seguente:* Disciplina.

1.32. D'Arrando, Loreface, Mammi, Marzana, Nappi, Penna, Provenza, Ruggiero, Villani, Misiti.

Al comma 2, sopprimere le parole: , in via sperimentale,.

1.33. Bologna.

ART. 2.

Al comma 1, premettere il seguente:

01. Al comma 4 dell'articolo 3-*septies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sono aggiunte, in fine, le parole: « obesità patologica e sue complicanze ».

2.1. Ianaro.

Al comma 1, dopo le parole: della presente legge, le regioni *aggiungere le seguenti:* , le province autonome di Trento e Bolzano.

2.2. Provenza, D'Arrando, Loreface, Mammi, Marzana, Nappi, Penna, Ruggiero, Villani, Misiti.

Al comma 1, sostituire le parole da: intesa *fino a:* n. 281 *con le seguenti:* l'intesa di cui al comma 2.

Conseguentemente:

a) *al comma 2, sostituire le parole da:* Con l'intesa *fino a:* coprogrammazione che *con le seguenti:* Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con intesa in sede di Conferenza unificata, ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono definite le modalità attuative e di programmazione che, per gli scopi di cui alla presente legge,;

b) *all'articolo 5, comma 2, sostituire le parole:* comma 1 *con le seguenti:* comma 2.

2.3. Noja.

Al comma 1, dopo le parole: nel territorio di competenza, aggiungere le seguenti: le platee di soggetti beneficiari e e aggiungere, in fine, le parole: , ferme restando le previsioni di cui alla legge 22 dicembre 2021, n. 227.

2.4. Noja.

Al comma 1, sopprimere le parole: in via sperimentale e.

Conseguentemente:

a) al medesimo articolo 2, alla rubrica, sopprimere la parola: sperimentale;

b) all'articolo 4, comma 6, sostituire la parola: sperimentazione con le seguenti: attuazione della presente riforma;

c) all'articolo 5, sostituire il comma 3 con il seguente: L'osservatorio pubblica, per ciascun anno, gli esiti della propria attività nel sito internet istituzionale del Ministero della salute e il Ministro della salute presenta una relazione alle Camere.;

d) al medesimo articolo 5, comma 4, sostituire le parole: della sperimentazione con le seguenti: del primo triennio di attuazione della riforma.

2.5. Carnevali.

Al comma 1, sopprimere le parole: in via sperimentale e.

2.6. Bologna.

Sostituire i commi 2 e 3 con il seguente:

2. Con l'intesa di cui al comma 1 del presente articolo, da stipulare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono definiti:

a) le modalità attuative, di coprogrammazione e di cogestione finalizzate all'individuazione dei bisogni socio-sanitari da soddisfare attraverso i progetti personalizzati di comunità, degli interventi a tale fine necessari e delle modalità di realizzazione degli stessi;

b) le modalità di individuazione degli enti cogestori di cui all'articolo 3, comma 4;

c) lo schema di riferimento e i soggetti sottoscrittori del patto di cui all'articolo 3, comma 6;

d) il sistema di monitoraggio e di valutazione degli esiti, dei livelli di efficienza e dei processi di implementazione a livello di singoli progetti con i beneficiari e di comunità di riferimento dei medesimi;

e) la le modalità di ripartizione delle quote, di cui all'articolo 4, comma 2, della presente legge, rispettivamente a carico della ASL e dei comuni e di quelle eventualmente conferite dal soggetto destinatario, da individuare ai sensi dell'articolo 3-quarter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, nell'ambito della determinazione delle risorse per l'integrazione socio-sanitaria di cui all'articolo 3-septies del medesimo decreto legislativo;

f) la composizione, la durata del mandato dei componenti e i compiti dell'Osservatorio di cui all'articolo 5.

Conseguentemente, all'articolo 4, sopprimere i commi 3, 4, 5 e 6.

2.7. D'Arrando, Loreface, Mammì, Marzana, Nappi, Penna, Provenza, Ruggiero, Villani, Misiti.

Sostituire i commi 2 e 3 con i seguenti:

2. Con l'intesa di cui al comma 1 del presente articolo, da stipulare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono altresì definite le modalità attuative, di co-programmazione e di co-progettazione finalizzate all'individuazione dei bisogni socio-sanitari da soddisfare, degli interventi a tale fine necessari e delle modalità di realizzazione degli stessi, nonché all'individuazione degli enti cogestori di cui all'articolo 3, comma 4.

3. Con l'intesa di cui al comma 1 del presente articolo sono altresì definiti lo schema di riferimento e i soggetti sottoscrittori dell'accordo contrattuale di progetto di cui all'articolo 3, comma 6, nonché il sistema di monitoraggio e il sistema di

valutazione degli esiti, dei livelli di efficienza e dei processi di implementazione a livello di singoli progetti con i beneficiari e le comunità di riferimento dei medesimi.

2.8. Panizzut, Boldi, De Martini, Foscolo, Lazzarini, Paolin, Patelli, Sutto, Tiramani.

Al comma 2, dopo le parole: del presente articolo *aggiungere le seguenti:* , da stipulare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge,.

2.9. D'Arrando, Lorefice, Mammì, Marzana, Nappi, Penna, Provenza, Ruggiero, Villani, Misiti.

Al comma 3, sostituire le parole da: sono altresì definiti *fino a:* comma 6, e *con le seguenti:* è altresì definito e *sostituire le parole:* degli effetti delle attività *fino alla fine del comma con le seguenti:* dei percorsi e delle opportunità messe a disposizione dell'utente, anche in relazione al contesto e alla comunità di riferimento.

Conseguentemente, all'articolo 3, comma 7, sostituire le parole degli effetti delle attività *fino alla fine del comma con le seguenti:* dei percorsi e delle opportunità messe a disposizione dell'utente, anche in relazione al contesto e alla comunità di riferimento.

2.10. Noja.

Al comma 3, sostituire la parola: della convenzione *con le seguenti:* del contratto individuale.

2.11. Bologna.

Al comma 3, sostituire le parole: sull'utente *con le seguenti:* sulla persona fragile.

2.12. Bologna.

Sopprimere il comma 4.

* **2.13.** Noja.

* **2.14.** Bologna.

Sostituire il comma 4 con i seguenti:

4. Le regioni, nell'ambito delle disposizioni attuative di cui al comma 1 del presente articolo, assicurano che ciascuna azienda sanitaria locale e ciascun comune o ambito territoriale sociale provvedano a garantire l'esercizio effettivo del diritto del cittadino di poter fruire dei progetti personalizzati di comunità, sostenuti con il *budget* di salute, per ciascuna delle aree di intervento di cui al comma 4 dell'articolo 3-*septies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017, in sostituzione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali sanitarie e sociosanitarie accreditate.

4-bis. Per l'attuazione delle disposizioni di cui al comma 4 del presente articolo, il Ministro della salute, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, provvede all'inserimento del *budget* di salute nei livelli essenziali di assistenza di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 e all'aggiornamento dell'elenco di indicatori di cui all'allegato I del decreto del Ministro della salute 12 marzo 2019 recante il nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 14 giugno 2019, n. 138 al fine di includervi, nell'ambito dell'assistenza distrettuale, uno o più indicatori sul *budget* di salute, assicurando la necessaria coerenza con i valori soglia di indicatori relativi a soluzioni istituzionalizzanti alternative al *budget* di salute.

4-ter. L'attuazione delle disposizioni della presente legge da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e Bolzano rappresenta un adempimento ai fini della verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali, nonché un requisito per accedere alla quota premiale del Fondo sanitario nazionale introdotta dall'articolo

9, comma 2, del decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 149.

2.15. D'Arrando, Loreface, Mammì, Marzana, Nappi, Penna, Provenza, Ruggiero, Villani, Misiti.

Sostituire il comma 4 con il seguente:

4. La regione definisce, annualmente, una programmazione di spesa per il *budget* di salute, ripartendo e assegnando le risorse alle aree materno-infantile, geriatrica, disabilità, salute mentale, dipendenze, patologie a trasmissione sessuale, cure palliative, patologie cronico degenerative, in armonia con il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e con la legge 22 dicembre 2021, n. 227.

2.17. Bologna.

Sostituire il comma 4 con il seguente:

4. La regione definisce, annualmente, una programmazione di spesa per il *budget* di salute.

2.20. Bologna.

Sostituire il comma 4 con il seguente:

4. Le risorse destinate alla realizzazione dei progetti da finanziare attraverso il metodo del *budget* di salute sono programmate annualmente dalle regioni, tenendo conto delle peculiarità locali e della necessità di assicurare progressivamente l'attuazione delle finalità di cui all'articolo 1.

2.19. Panizzut, Boldi, De Martini, Foscolo, Lazzarini, Paolin, Patelli, Sutto, Tirmani.

Al comma 4, aggiungere, in fine, il seguente periodo: Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza unificata, sono definite eventuali deroghe alla suddetta percentuale di risorse, al fine di garantire che la ripro-

grammazione dei finanziamenti da parte delle regioni ai fini della presente legge non pregiudichi i servizi socio-sanitari che devono essere erogati sulla base della relativa programmazione regionale.

2.21. Bagnasco, Versace, Novelli, Bond, Brambilla.

Dopo il comma 4, aggiungere il seguente:

4-bis. Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, al fine di assicurare l'integrazione sociosanitaria anche nelle strutture di detenzione, realizzano i progetti personalizzati di comunità basati sul *budget* di salute destinati alla popolazione, adulta e minorenni, detenuta e internata, nell'ambito delle reti regionali per l'assistenza sanitaria penitenziaria di cui al decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230 nonché nei servizi e nelle strutture sanitarie e penitenziarie dedicate all'accoglienza delle persone cui l'autorità giudiziaria ha applicato una misura di sicurezza.

Conseguentemente, all'articolo 4, comma 2, dopo la lettera d), aggiungere la seguente:

d-bis) le risorse destinate dal Ministero della giustizia per il finanziamento del trattamento penitenziario nonché le risorse destinate dalla Cassa delle ammende al finanziamento di programmi a favore di detenuti e di internati, per i progetti destinati alla popolazione detenuta e internata di cui all'articolo 2, comma 4-bis.

2.22. D'Arrando, Loreface, Mammì, Marzana, Nappi, Penna, Provenza, Ruggiero, Villani, Misiti.

Sostituire la rubrica con la seguente: Introduzione della metodologia del *budget* di salute nella definizione dei progetti personalizzati sociosanitari.

2.23. Bologna.

Alla rubrica, sopprimere la parola: sperimentale.

2.24. Bologna.

ART. 3.

Sostituire i commi da 1 a 6 con i seguenti:

1. Su richiesta del diretto interessato o su proposta dell'ente pubblico che lo ha in carico viene predisposto ed attuato il progetto individualizzato di sostegno, che costituisce l'insieme di azioni individuate ed elaborate dall'unità di valutazione integrata, di cui al comma 2, sulla base di una valutazione multidimensionale e multidisciplinare dei diritti e bisogni della persona che tiene conto, in maniera globale, dei bisogni socio sanitari, dei bisogni sociali, delle aspettative, preferenze e desideri della persona, delle sue menomazioni, disabilità sociali e abilità residue e recuperabili, da attivare o da potenziare nonché delle esigenze legate ai diritti all'abitazione, all'istruzione, alla formazione e al lavoro, all'affettività e alla socialità. La valutazione delle abilità e del funzionamento sociale è condotta applicando l'ICF sia al momento della definizione del progetto, sia nelle verifiche periodiche circa l'andamento delle varie azioni del progetto e del progetto del suo complesso rispetto al raggiungimento degli obiettivi a breve, medio e lungo termine individuati ai sensi del comma 7 della presente legge sia nei controlli non superiori a trenta giorni e predisposti ai sensi dell'articolo 4 comma 5 della presente legge. In ogni caso la valutazione deve considerare anche la somministrazione di questionari o test per raccogliere i desideri, le aspettative della persona e condividere quindi gli obiettivi e ad essa deve seguire una conseguente individuazione dei sostegni, come previsto dal successivo comma 4. Il progetto assume tre livelli complessivi di intensità di sostegni, alta, media e bassa, determinati dalla risultante dalle varie intensità dei sostegni previsti nei diversi ambiti di azione del progetto stesso. Le intensità di alcuni sostegni possono essere determinate anche in funzione della valutazione di maggiormente investire, indipendentemente dalla gravità del bisogno, su alcune azioni che possono svilup-

pare, se attuate con quell'intensità e in quella fase della vita, notevole benessere o promozione della persona e della sua inclusione, meglio favorendo l'obiettivo progettuale di passaggio da un livello di sostegno di intensità maggiore a uno di intensità minore o di mantenimento dell'intensità di sostegno ma con benefici assolutamente maggiori per la persona. A ciascun livello di intensità di sostegni del progetto nel suo complesso corrispondono diversi livelli di intervento e di investimento.

2. L'unità di valutazione integrata è costituita nell'ambito del distretto della ASL competente presso l'ufficio socio-sanitario distrettuale ed è composta, a seconda dei casi, dai servizi sociali dei comuni, dagli operatori sanitari, individuati anche ai bisogni di salute specifici del caso, inclusi gli specialisti in malattie rare, dalla persona diretta interessata, dai familiari, dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta, da un referente dell'ufficio socio sanitario ospedaliero o di altra struttura ambulatoriale, diurna o residenziale cui afferisce la persona stessa, dagli operatori del settore dell'istruzione o della formazione professionale, dai tutori o curatori o, nei limiti del potere loro conferito dal decreto di nomina, dagli amministratori di sostegno eventualmente esistenti, e da altri soggetti ritenuti necessari per un'appropriate conoscenza e valutazione dei bisogni della persona e della sua interazione con i contesti di vita della stessa, nonché dei sostegni in atto.

3. L'unità di valutazione integrata, sulla base delle valutazioni effettuate, dei desideri, aspettative e preferenze della persona e sull'individuazione condivisa di quali obiettivi occorra perseguire e su quali domini della qualità della vita dover maggiormente intervenire ed investire, individua i sostegni necessari, anche per quantità qualità ed intensità, definendo quindi, le risorse umane, professionali ed economiche necessarie per la realizzazione del progetto così come definito e per la sua concreta attuazione e sostenibilità, attraverso il metodo del *budget* di salute.

4. Il progetto è attuato con interventi pubblici e interventi di uno o più enti del

Terzo settore, che operano nel ruolo di cogestori individuati, ai sensi dell'articolo 55, comma 4, del codice di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, come *partner*, nel rispetto dei principi di trasparenza, imparzialità, partecipazione e parità di trattamento, previa definizione, da parte della pubblica amministrazione procedente, degli obiettivi generali e specifici dell'intervento, della durata e delle caratteristiche essenziali dello stesso nonché dei criteri e delle modalità per l'individuazione degli enti stessi. Gli enti del Terzo settore possono anche prevedere di avvalersi per più specifici interventi all'interno della realizzazione dell'intero progetto e dell'utilizzo del *budget* di altri erogatori, se previsti nella co-progettazione con la pubblica amministrazione.

5. L'affidamento di cui al comma 4 tiene conto della capacità certificata di investire risorse umane, economiche, tecnico professionali, logistiche e di competenza per la realizzazione del progetto nel suo complesso o di alcune parti di esso, nonché, volta per volta, dei mezzi idonei a supportare esigenze abitative, di formazione e lavoro, di socialità e apprendimento, opportunamente modulate e personalizzate, nonché ogni altra esigenza correlata ai bisogni socio sanitari della persona, che si è coprogettato di affidare all'ente stesso.

6. Per la realizzazione del progetto è sottoscritta una convenzione, recante il patto di coprogrammazione e di cogestione tra la persona interessata, eventuali tutori, curatori o amministratori di sostegno in base ai poteri dagli stessi esercitabili, le famiglie, la ASL, il servizio sociale del comune, il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta, l'ente o gli enti pubblici o del Terzo settore individuati ai sensi del comma 4, il referente dell'ufficio sociosanitario ospedaliero, il soggetto referente del contesto formativo di riferimento, nonché gli eventuali altri soggetti ritenuti necessari.

Conseguentemente, al comma 8, primo periodo, sopprimere le parole: terapeutico riabilitativo individualizzato.

3.1. Versace, Bagnasco, Novelli, Bond, Brambilla.

Sostituire i commi da 1 a 6 con i seguenti:

1. Su richiesta del diretto interessato o su proposta dell'ente pubblico che lo ha in carico viene predisposto ed attuato il progetto individualizzato di sostegno, che costituisce l'insieme di azioni individuate ed elaborate dall'unità di valutazione integrata, di cui al comma 2, sulla base di una valutazione multidimensionale e multidisciplinare dei bisogni della persona che tiene conto, in maniera globale, dei bisogni socio-sanitari, dei bisogni sociali, delle aspettative, preferenze e desideri della persona, delle sue menomazioni, disabilità sociali e abilità residue e recuperabili, da attivare o da potenziare nonché delle esigenze legate ai diritti all'abitazione, all'istruzione, alla formazione e al lavoro, all'affettività e alla socialità. La valutazione delle abilità e del funzionamento sociale è condotta applicando l'ICF sia al momento della definizione del progetto, sia nelle verifiche periodiche circa l'andamento delle varie azioni del progetto e del progetto del suo complesso rispetto al raggiungimento degli obiettivi a breve, medio e lungo termine individuati ai sensi del comma 7 della presente legge sia nei controlli non superiori a trenta giorni e predisposti ai sensi dell'articolo 4 comma 5 della presente legge. In ogni caso la valutazione deve considerare anche la somministrazione di questionari o test per raccogliere i desideri, le aspettative della persona e condividere quindi gli obiettivi e ad essa deve seguire una conseguente individuazione dei sostegni, come previsto dal successivo comma 4. Il progetto assume tre livelli complessivi di intensità di sostegni, alta, media e bassa, determinati dalla risultante dalle varie intensità dei sostegni previsti nei diversi ambiti di azione del progetto stesso. Le intensità di alcuni sostegni possono essere determinate anche in funzione della valutazione di maggiormente investire, indipendentemente dalla gravità del bisogno, su alcune azioni che possono sviluppare, se attuate con quell'intensità e in quella fase della vita, notevole benessere o promozione della persona e della sua inclusione, meglio favorendo l'obiettivo progettuale di passaggio da un li-

vello di sostegno di intensità maggiore a uno di intensità minore o di mantenimento dell'intensità di sostegno ma con benefici assolutamente maggiori per la persona. A ciascun livello di intensità di sostegni del progetto nel suo complesso corrispondono diversi livelli di intervento e di investimento.

2. L'unità di valutazione integrata è costituita nell'ambito del distretto della ASL competente presso l'ufficio socio-sanitario distrettuale ed è composta, a seconda dei casi, dai servizi sociali dei comuni, dagli operatori sanitari, individuati anche ai bisogni di salute specifici del caso, inclusi gli specialisti in malattie rare, dalla persona diretta interessata, dai familiari, dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta, da un referente dell'ufficio socio-sanitario ospedaliero o di altra struttura ambulatoriale, diurna o residenziale cui afferra la persona stessa, dagli operatori del settore dell'istruzione o della formazione professionale, dai tutori o curatori o, nei limiti del potere loro conferito dal decreto di nomina, dagli amministratori di sostegno eventualmente esistenti, e da altri soggetti ritenuti necessari per un'appropriata conoscenza e valutazione dei bisogni della persona e della sua interazione con i contesti di vita della stessa, nonché dei sostegni in atto.

3. L'unità di valutazione integrata, sulla base delle valutazioni effettuate, dei desideri, aspettative e preferenze della persona e sull'individuazione condivisa di quali obiettivi occorra perseguire e su quali domini della qualità della vita dover maggiormente intervenire ed investire, individua i sostegni necessari, anche per quantità qualità ed intensità, definendo quindi, le risorse umane, professionali ed economiche necessarie per la realizzazione del progetto così come definito e per la sua concreta attuazione e sostenibilità, attraverso il metodo del *budget* di salute.

4. Il progetto è attuato con interventi pubblici e interventi di uno o più enti del Terzo settore, che operano nel ruolo di cogestori. Individuati, ai sensi dell'articolo 55, comma 4, del codice di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, come *part-*

ner, nel rispetto dei principi di trasparenza, imparzialità, partecipazione e parità di trattamento, previa definizione, da parte della pubblica amministrazione procedente, degli obiettivi generali e specifici dell'intervento, della durata e delle caratteristiche essenziali dello stesso nonché dei criteri e delle modalità per l'individuazione degli enti stessi. Gli enti del Terzo settore possono anche prevedere di avvalersi per più specifici interventi all'interno della realizzazione dell'intero progetto e dell'utilizzo del *budget* di altri erogatori, se previsti nella co-progettazione con la pubblica amministrazione.

5. L'affidamento di cui al comma 4 tiene conto della capacità certificata di investire risorse umane, economiche, tecnico-professionali, logistiche e di competenza per la realizzazione del progetto nel suo complesso o di alcune parti di esso, nonché, volta per volta, dei mezzi idonei a supportare esigenze abitative, di formazione e lavoro, di socialità e apprendimento, opportunamente modulate e personalizzate, nonché ogni altra esigenza correlata ai bisogni socio-sanitari della persona, che si è co-progettato di affidare all'ente stesso.

6. Per la realizzazione del progetto è sottoscritta una convenzione, recante il patto di coprogrammazione e di cogestione tra la persona interessata, eventuali tutori, curatori o amministratori di sostegno in base ai poteri dagli stessi esercitabili, le famiglie, la ASL, il servizio sociale del comune, il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta, l'ente o gli enti pubblici o del Terzo settore individuati ai sensi del comma 4, il referente dell'ufficio sociosanitario ospedaliero, il soggetto referente del contesto formativo di riferimento, nonché gli eventuali altri soggetti ritenuti necessari.

Conseguentemente, sostituire la rubrica con la seguente: Progetto individuale dei sostegni.

3.2. Bellucci, Gemmato, Ferro.

Sostituire il comma 1 con il seguente:

1. Il progetto personalizzato sociosanitario è l'insieme di azioni individuate ed

elaborate dall'unità di valutazione integrata sulla base di una valutazione multidimensionale e multidisciplinare dei bisogni socio-sanitari della persona che tiene conto, in maniera globale, anche dei bisogni sociali, delle preferenze della persona, delle sue disabilità sociali ed abilità residue e recuperabili nonché delle esigenze legate ai diritti all'abitazione, alla formazione e lavoro, all'affettività e socialità. La valutazione delle abilità e del funzionamento sociale è condotta applicando i parametri sovranazionali sia al momento della presa in carico del progetto e sia nei controlli periodici e programmati. Il progetto personalizzato sociosanitario può assumere tre livelli di intensità: alta, media e bassa cui corrispondono diversi livelli d'intervento e di investimento.

3.3. Bologna.

Sostituire il comma 1 con il seguente:

1. Il progetto terapeutico riabilitativo individualizzato, da finanziare in via sperimentale attraverso il metodo del *budget* di salute, ai sensi della presente legge, è predisposto su richiesta della persona interessata e dell'eventuale rappresentante legale e si compone delle misure e dei sostegni individuati dall'unità di valutazione integrata cui al comma 2, a seguito di una valutazione multidimensionale volta ad assicurare la stretta integrazione degli interventi socio-sanitari e socio-assistenziali, la partecipazione diretta ed effettiva del beneficiario alla predisposizione del progetto, nonché la personalizzazione dello stesso tenendo conto dei suoi desideri e delle sue legittime aspirazioni nei diversi ambiti e contesti di vita, con particolare riferimento ai diritti all'abitare e all'inclusione scolastica e lavorativa. La valutazione multidimensionale, svolta applicando l'ICF e i correlati strumenti tecnico-operativi, definisce il profilo di funzionamento della persona, ai fini dell'efficace presa in carico, nonché dell'effettuazione periodica, ad intervalli non superiori a trenta giorni, di verifiche sull'andamento del progetto rispetto agli obiettivi prefissati.

3.4. Noja.

Al comma 1, sostituire il primo periodo con il seguente: Su richiesta del diretto interessato o su proposta dell'ente pubblico che lo ha in carico viene predisposto ed attuato il progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato, che costituisce l'insieme di azioni individuate ed elaborate dall'unità di valutazione integrata, di cui al comma 2, sulla base di una valutazione multidimensionale e multidisciplinare dei bisogni della persona che tiene conto, in maniera globale, dei bisogni socio-sanitari, dei bisogni sociali, delle aspettative, preferenze e desideri della persona, delle sue menomazioni, disabilità sociali e abilità residue e recuperabili, da attivare o da potenziare nonché delle esigenze legate ai diritti all'abitazione, all'istruzione, alla formazione e al lavoro, all'affettività e alla socialità.

Conseguentemente, dopo il secondo periodo aggiungere il seguente: La valutazione può prevedere anche la somministrazione di questionari o test per raccogliere i desideri, le aspettative della persona e condividere gli obiettivi e la conseguente individuazione dei sostegni.

3.5. Panizzut, Boldi, De Martini, Foscolo, Lazzarini, Paolin, Patelli, Sutto, Tiramani.

Al comma 1, primo periodo, sostituire le parole: Il progetto terapeutico riabilitativo individualizzato è *con le seguenti:* Su richiesta del diretto interessato o su proposta dell'ente pubblico che lo ha in carico viene predisposto e attuato il progetto individualizzato di sostegno, che costituisce.

3.6. Bellucci, Gemmato, Ferro.

Al comma 1, primo periodo, sostituire le parole: Il progetto terapeutico riabilitativo individualizzato è *con le seguenti:* Su richiesta del diretto interessato o di chi lo rappresenta, o su proposta dell'ente pubblico che lo ha in carico, viene predisposto

ed attuato il progetto terapeutico riabilitativo individualizzato che costituisce.

3.7. Versace, Bagnasco, Novelli, Bond, Brambilla.

Al comma 1, primo periodo, e ovunque esse ricorrano nell'articolo 3, sopprimere le parole: terapeutico riabilitativo individualizzato.

3.8. Bellucci, Gemmato, Ferro.

Al comma 1, primo periodo, sostituire le parole: socio-sanitari della persona che tiene conto, in maniera globale, anche dei bisogni sociali, delle preferenze della persona, delle sue menomazioni, disabilità sociali e abilità residue e recuperabili, nonché delle esigenze legate ai diritti all'abitazione *con le seguenti:* della persona che tiene conto, in maniera globale, dei bisogni socio-sanitari, dei bisogni sociali, delle aspettative, preferenze e desideri della persona, delle sue menomazioni, disabilità sociali e abilità residue e recuperabili, da attivare o da potenziare nonché delle esigenze legate ai diritti all'abitazione, all'istruzione.

3.9. Bellucci, Gemmato, Ferro.

Al comma 1, primo periodo, sopprimere le parole: menomazioni,.

3.10. Bologna.

Al comma 1, primo periodo, dopo le parole: all'abitazione, *aggiungere le seguenti:* all'istruzione,.

3.11. Bologna.

Al comma 1, primo periodo, sostituire le parole: alla formazione *con le seguenti:* all'istruzione, alla formazione professionale.

3.12. Ianaro.

Al comma 1, secondo periodo, sostituire le parole da: è condotta applicando l'ICF

fino alla fine del periodo con le seguenti: è ispirata agli strumenti dell'*International Classification Functioning (ICF).*

3.14. Mammì, Lorefice, Marzana, Penna, Provenza, Ruggiero, Villani, D'Arrando, Misiti.

Al comma 1, secondo periodo, sostituire le parole: l'ICF *con le seguenti:* i parametri sovranazionali e in armonia con la legge 22 dicembre 2021, n. 227,.

3.15. Bologna.

Al comma 1, secondo periodo, sostituire le parole da: della presa in carico *fino alla fine del periodo, con le seguenti :* della definizione del progetto, sia nelle verifiche periodiche circa l'andamento delle varie azioni del progetto e del progetto del suo complesso rispetto al raggiungimento degli obiettivi a breve, medio e lungo termine individuati ai sensi del comma 7 del presente articolo sia nei controlli non superiori a trenta giorni e predisposti ai sensi dell'articolo 4, comma 5, della presente legge. In ogni caso la valutazione deve considerare anche la somministrazione di questionari o test per raccogliere i desideri, le aspettative della persona e condividere quindi gli obiettivi e ad essa deve seguire una conseguente individuazione dei sostegni, come previsto dal comma 4.

3.16. Bellucci, Gemmato, Ferro.

Al comma 1, secondo periodo, sopprimere le parole: non superiori a trenta giorni.

3.17. Bologna.

Al comma 1, terzo periodo, dopo la parola: assume *aggiungere la seguente:* almeno.

* **3.18.** Novelli, Versace, Bagnasco, Bond, Brambilla.

* **3.19.** De Martini, Panizzut, Boldi, Foscolo, Lazzarini, Paolin, Patelli, Sutto, Tiramani.

Al comma 1, terzo periodo, sopprimere le parole: e prevede, quale obiettivo progettuale, il passaggio degli utenti da un livello d'intensità maggiore ad uno di intensità minore.

3.20. Bologna.

Sostituire il comma 2 con il seguente:

2. La composizione dell'unità di valutazione integrata di cui al comma 1, al fine di assicurare un'appropriata conoscenza e valutazione dei bisogni della persona, deve essere rappresentativa della componente sanitaria e di quella sociale e deve garantire forme di coinvolgimento della persona stessa, della rete familiare e degli altri soggetti eventualmente ritenuti necessari.

Conseguentemente all'articolo 5, comma 1, sopprimere le parole: e della documentazione trasmessa dagli uffici socio-sanitari distrettuali.

3.21. D'Arrando, Lorefice, Mammi, Marzana, Nappi, Penna, Provenza, Ruggiero, Villani, Misiti.

Sostituire il comma 2 con il seguente:

2. La composizione dell'unità di valutazione integrata di cui al comma 1, al fine di assicurare un'appropriata conoscenza e valutazione dei bisogni della persona, deve essere rappresentativa della componente sanitaria e di quella sociale e deve garantire forme di coinvolgimento della persona stessa, della rete familiare e degli altri soggetti eventualmente ritenuti necessari.

3.22. Foscolo, Panizzut, Boldi, De Martini, Lazzarini, Paolin, Patelli, Sutto, Tiramani.

Al comma 2, sostituire le parole da: integrata fino alla fine del comma con le seguenti: composta, a seconda dei casi, dai servizi sociali dei comuni, dagli operatori sanitari, individuati anche ai bisogni di salute specifici del caso, inclusi gli specialisti in malattie rare, dalla persona diretta interessata, dai familiari, dai medici di me-

dicina generale o dai pediatri di libera scelta, da un referente dell'ufficio socio sanitario ospedaliero o di altra struttura ambulatoriale, diurna o residenziale cui afferisce la persona stessa, dagli operatori del settore dell'istruzione o della formazione professionale, dai tutori o curatori o, nei limiti del potere loro conferito dal decreto di nomina, dagli amministratori di sostegno eventualmente esistenti, e da altri soggetti ritenuti necessari per un'appropriata conoscenza e valutazione dei bisogni della persona e della sua interazione con i contesti di vita della stessa, nonché dei sostegni in atto.

3.23. Versace, Bagnasco, Novelli, Bond, Brambilla.

Al comma 2, sostituire la parola: integrata con le seguenti: composta, a seconda dei casi e tenendo conto della variabilità dei bisogni specifici del beneficiario,.

Conseguentemente, al medesimo comma:

a) *sostituire le parole:* , dagli utenti, dai familiari, con le seguenti: di riferimento della persona interessata;

b) *dopo le parole:* un referente dell'ufficio socio-sanitario ospedaliero *aggiungere le seguenti:* o di altra struttura ambulatoriale, diurna o residenziale di riferimento per la persona;

c) *sostituire le parole da:* , dagli amministratori *fino alla fine del comma con le seguenti:* e, previo consenso della persona interessata, da altri soggetti utili per un'appropriata conoscenza e valutazione dei bisogni della stessa. È sempre garantita la partecipazione della persona interessata e di eventuali rappresentanti legali.

3.24. Noja.

Al comma 2, dopo le parole: dagli operatori sanitari, *aggiungere le seguenti:* dal medico specialista,.

3.25. Bellucci, Gemmato, Ferro.

Al comma 2, dopo le parole: da un referente dell'ufficio sociosanitario ospedaliero, *aggiungere le seguenti:* dallo specialista della patologia,.

3.26. Bologna.

Sostituire il comma 3 con il seguente:

3. L'unità di valutazione integrata, sulla base delle valutazioni effettuate, dei desideri, aspettative e preferenze della persona e sull'individuazione condivisa di quali obiettivi occorra perseguire e su quali domini della qualità della vita dover maggiormente intervenire ed investire, individua i sostegni necessari, anche per quantità, qualità ed intensità, definendo quindi, le risorse umane, professionali ed economiche necessarie per la realizzazione del progetto così come definito e per la sua concreta attuazione e sostenibilità, attraverso il metodo del *budget* di salute. Sulla base dei progressi del beneficiario questi viene coinvolto nella definizione dei progetti finanziati dal *budget* di salute e quando opportuno diventa direttamente gestore in parte o in tutto delle risorse del *budget* di salute.

3.27. Versace, Bagnasco, Novelli, Bond, Brambilla.

Al comma 3, sostituire la parola: definisce *con le seguenti:* dei desideri, aspettative e preferenze della persona e sull'individuazione condivisa di quali obiettivi occorra perseguire e su quali domini della qualità della vita dover maggiormente intervenire ed investire, individua i sostegni necessari, anche per quantità qualità ed intensità, definendo quindi.

3.28. Bellucci, Gemmato, Ferro.

Sostituire il comma 4 con il seguente:

4. Il progetto terapeutico riabilitativo individualizzato è attuato con interventi pubblici e interventi di uno o più enti del Terzo settore, che operano nel ruolo di cogestori individuati, ai sensi dell'articolo 55, comma 4, del codice di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, come *part-*

ner, nel rispetto dei principi di trasparenza, imparzialità, partecipazione e parità di trattamento, previa definizione, da parte della pubblica amministrazione procedente, degli obiettivi generali e specifici dell'intervento, della durata e delle caratteristiche essenziali dello stesso nonché dei criteri e delle modalità per l'individuazione degli enti stessi. Gli enti del Terzo settore possono anche prevedere di avvalersi per più specifici interventi all'interno della realizzazione dell'intero progetto e dell'utilizzo del *budget* di altri erogatori, se previsti nella coprogettazione con la pubblica amministrazione.

3.29. Versace, Bagnasco, Novelli, Bond, Brambilla.

Al comma 4, sostituire le parole: Il progetto terapeutico riabilitativo individualizzato è affidato a un ente del Terzo settore *con le seguenti:* La gestione del progetto di cui al comma 1 può essere esternalizzata, anche mediante affidamento a un ente del Terzo settore.

3.30. Paolin, Panizzut, Boldi, De Martini, Foscolo, Lazzarini, Patelli, Sutto, Tiramani.

Al comma 4, sostituire le parole: Il progetto terapeutico riabilitativo individualizzato è affidato *con le seguenti:* La gestione del progetto terapeutico riabilitativo, se esternalizzata, è affidata.

3.31. Bagnasco, Novelli, Versace, Bond, Brambilla.

Al comma 4, sostituire le parole da: terapeutico riabilitativo individualizzato *fino a:* e parità di trattamento, *con le seguenti:* personalizzato sociosanitario può essere affidato ad un ente pubblico e, ove questo non sia presente o disponibile, anche ad un ente del terzo settore nel ruolo di cogestore, individuato secondo le disposizioni di cui all'articolo 55, comma 4, del decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117 ai sensi del quale l'individuazione degli enti del Terzo settore avviene nel rispetto dei principi di

trasparenza, imparzialità, partecipazione e parità di trattamento,.

3.32. Bologna.

Al comma 4, sostituire le parole: è affidato a un ente con le seguenti: può essere affidato, con il consenso della persona interessata e dell'eventuale rappresentante legale, a uno o più enti.

3.33. Noja.

Al comma 4, sostituire le parole: affidato a un ente del Terzo settore con le seguenti: attuato con interventi pubblici e interventi di uno o più enti del Terzo settore, che operano e aggiungere, in fine, il seguente periodo: Gli enti del Terzo settore possono anche prevedere di avvalersi per più specifici interventi all'interno della realizzazione dell'intero progetto e dell'utilizzo del budget di altri erogatori, se previsti nella co-progettazione con la pubblica amministrazione.

3.34. Bellucci, Gemmato, Ferro.

Al comma 4, sostituire le parole: affidato a un ente del Terzo settore nel ruolo di cogestore individuato, ai sensi dell'articolo 55, comma 4, del codice di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, con le seguenti: cogestito da un ente del Terzo settore di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, nel ruolo di cogestore, ovvero, nel medesimo ruolo, da una cooperativa sociale di cui all'articolo 1, comma 1, lettera b), della legge 8 novembre 1991, n. 381, inclusa la cooperativa ad oggetto plurimo,.

3.35. Provenza, Loreface, Mammì, Marzana, Nappi, Penna, Ruggiero, Villani, D'Arrando, Misiti.

Al comma 4, dopo le parole: nel rispetto aggiungere le seguenti: delle linee guida sul rapporto tra pubbliche amministrazioni ed enti del Terzo settore di cui al decreto del

Ministro del lavoro e delle politiche sociali 31 marzo 2021, n. 72, nonché.

3.36. Bagnasco, Novelli, Versace, Bond, Brambilla.

Al comma 4, dopo le parole: nel rispetto aggiungere le seguenti: del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 30 marzo 2001, nonché.

3.37. Novelli, Bagnasco, Versace, Bond, Brambilla.

Al comma 4, sostituire le parole: degli enti partner con le seguenti: di ulteriori enti del Terzo settore che, in collaborazione con l'ente cogestore, assicurano la realizzazione del progetto personalizzato di comunità.

3.38. D'Arrando, Loreface, Mammì, Marzana, Nappi, Penna, Provenza, Ruggiero, Villani, Misiti.

Sostituire il comma 5 con il seguente:

5. Nell'individuazione del soggetto cogestore di cui al comma 4, si tiene conto della presenza dei mezzi idonei a supportare esigenze abitative, di formazione, di lavoro, di socialità e di apprendimento, opportunamente modulate e personalizzate, nonché della capacità di investire risorse umane, economiche, tecnico-professionali, logistiche e di competenza per la realizzazione del progetto personalizzato di comunità.

3.39. D'Arrando, Loreface, Mammì, Marzana, Nappi, Penna, Provenza, Ruggiero, Villani, Misiti.

Al comma 5, sostituire le parole: tiene conto con le seguenti: è disposto sulla base di criteri di selezione definiti dalle regioni che possono tenere conto e sostituire le parole: progetto terapeutico riabilitativo individualizzato con le seguenti: progetto nel suo complesso o di alcune parti di esso.

3.40. Patelli, Panizzut, Boldi, De Martini, Foscolo, Lazzarini, Paolin, Sutto, Tiramani.

Al comma 5, sostituire le parole da: nonché dei mezzi fino alla fine del comma con le seguenti: tenuto conto delle esigenze correlate ai bisogni socio-sanitari della persona.

3.42. Noja.

Al comma 5, aggiungere, in fine, il seguente periodo: L'affidamento di cui al comma 1, con riferimento agli enti del Terzo settore, deve avvenire secondo un sistema di accreditamento, individuato dal decisore pubblico.

3.45. Bologna.

Sostituire i commi 6, 7 e 8 con i seguenti:

6. Per la realizzazione del progetto personalizzato di comunità è sottoscritto un accordo contrattuale di progetto, recante il patto di cogestione, secondo lo schema e le modalità individuate dall'intesa di cui all'articolo 2, comma 1, della presente legge.

7. Il progetto personalizzato di comunità identifica l'operatore responsabile del progetto, diverso dal soggetto cogestore, al quale è affidata la funzione di coordinamento degli operatori professionali che hanno in carico l'utente. Tale figura responsabile valuta i bisogni dell'utente, promuove e attiva la rete di assistenza sociale e sanitaria, svolge funzioni di collegamento, monitoraggio e valutazione, controlla la qualità dei servizi e degli interventi e interviene in caso di criticità.

3.46. D'Arrando, Loreface, Mammì, Marzana, Nappi, Penna, Provenza, Ruggiero, Villani, Misiti.

Sostituire il comma 6 con il seguente:

6. Per la realizzazione del progetto è sottoscritta una convenzione, recante il patto di coprogrammazione e di cogestione tra la persona interessata, eventuali tutori, curatori o amministratori di sostegno in base ai poteri dagli stessi esercitabili, le famiglie, la ASL, il servizio sociale del comune, il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta, l'ente o gli enti pubblici o del

Terzo settore individuati ai sensi del comma 4 del presente articolo, il referente dell'ufficio sociosanitario ospedaliero, il soggetto referente del contesto formativo di riferimento, nonché gli eventuali altri soggetti ritenuti necessari.

* **3.47.** Versace, Bagnasco, Novelli, Bond, Brambilla.

* **3.48.** Tiramani, Panizzut, Boldi, De Martini, Foscolo, Lazzarini, Paolin, Patelli, Sutto.

Al comma 6, sostituire le parole: sottoscritta una convenzione, recante il con le seguenti: sottoscritto il.

Conseguentemente, ai commi 7 e 8, sostituire le parole: la convenzione con le seguenti: il patto.

3.49. Noja.

Al comma 6, sostituire le parole: sottoscritta una convenzione con le seguenti: stipulato un contratto individuale.

3.50. Bologna.

Al comma 6, sostituire le parole da: l'utente fino alla fine del comma con le seguenti: la persona interessata ed eventuali rappresentanti legali, l'unità di valutazione integrata di cui al comma 2 e l'ente o gli enti del Terzo settore individuati ai sensi del comma 4.

Conseguentemente, al comma 7, sostituire le parole: sull'utente con le seguenti: sulla persona interessata.

3.53. Noja.

Al comma 6, sostituire le parole: l'utente con le seguenti: la persona fragile.

3.55. Bologna.

Al comma 6, dopo le parole: di libera scelta, *aggiungere le seguenti:* la farmacia di prossimità,.

3.57. Bagnasco, Novelli, Versace, Bond, Brambilla.

Al comma 7, sostituire le parole: La convenzione *con le seguenti:* Il contratto individuale.

3.58. Bologna.

Al comma 7, sostituire le parole: sull'utente *con le seguenti:* sulla persona fragile.

3.59. Bologna.

Al comma 7, aggiungere, in fine, le parole: anche in coerenza le linee guida per la realizzazione di sistemi di valutazione dell'impatto sociale delle attività svolte dagli enti del Terzo settore di cui al decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali 23 luglio 2019.

3.60. Novelli, Versace, Bagnasco, Bond, Brambilla.

Al comma 7, aggiungere, in fine, le parole: anche per verificare la possibilità che il beneficiario, che concorre alla valutazione quantitativa e valutativo, di gestire in parte o tutto il *budget* del progetto.

3.61. Versace, Novelli, Bagnasco, Bond, Brambilla.

Sostituire il comma 8 con il seguente:

8. Tra i soggetti che compongono l'unità di valutazione integrata di cui al comma 2, l'amministrazione precedente, tenuto conto della specifica e prevalente area di competenza sociale e sanitaria del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato, individua l'operatore responsabile, di seguito denominato *case manager*, cui sono attribuite funzioni di controllo e monitoraggio sull'andamento del progetto, nonché sull'operato del soggetto cogestore o dei soggetti cogestori. Il *case manager* controlla la qua-

lità dei servizi e degli interventi, interviene in caso di criticità, elabora e trasmette trimestralmente all'amministrazione precedente una relazione illustrativa sullo stato di avanzamento del progetto.

3.62. Noja.

Al comma 8, primo periodo, sostituire le parole: sottoscrivono la convenzione *con le seguenti:* stipulano il contratto individuale.

3.63. Bologna.

Al comma 8, primo e secondo periodo, sostituire le parole: case manager *con le seguenti:* responsabile del progetto.

3.64. Bologna.

Al comma 8, primo periodo, sostituire le parole: l'utente *con le seguenti:* la persona fragile.

Conseguentemente, al medesimo comma, secondo periodo, sostituire le parole: dell'utente *con le seguenti:* della persona fragile.

3.66. Bologna.

Al comma 8, sostituire il secondo periodo con il seguente: La figura professionale scelta come responsabile del progetto, nell'ambito del sistema sanitario pubblico, coordina, monitora e valuta l'erogazione dei servizi ed è l'interlocutore di riferimento con cui si interfaccia la persona fragile o il suo rappresentante legale, per l'evoluzione o la modifica del progetto personalizzato socio-sanitario.

3.67. Bologna.

Aggiungere, in fine, il seguente comma:

8-bis. Il progetto terapeutico riabilitativo personalizzato deve contenere una programmazione socio-economico-finanziaria che dimostri che il programma dell'ente cogestore sia in grado di sostenere ed espandere le necessità reali dei beneficiari, come

quelle connesse ai bisogni abitativi, lavorativi, conoscitivi, di socialità.

3.69. Carnevali.

ART. 4.

Al comma 1, dopo la parola: professionali aggiungere la seguente: , strumentali.

4.2. Versace, Bagnasco, Novelli, Bond, Brambilla.

Al comma 1, e ovunque esse ricorrano nell'articolo 4, sopprimere le parole: terapeutico riabilitativo individualizzato.

4.3. Bellucci, Gemmato, Ferro.

Al comma 1, aggiungere, in fine, le parole: ed è costituito da:

a) il sistema di presa in carico integrato, ai sensi dell'articolo 21 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 18 marzo 2017, n. 65, volto a garantire l'opportunità di scelta e realizzato secondo un approccio capacitante e orientato all'elaborazione di un progetto personalizzato di comunità, previa valutazione multidimensionale dei bisogni;

b) il rapporto di collaborazione tra soggetti pubblici e soggetti del privato sociale che, ferma restando la titolarità pubblica della presa in carico, è finalizzato, secondo una logica di coproduzione con la persona, alla realizzazione dei singoli progetti personalizzati nonché di interventi di comunità volti a valorizzare il diritto all'abitare, al lavoro, all'affettività e socialità;

c) la dotazione finanziaria, modulabile in base all'entità dell'investimento necessario al ripristino del funzionamento sociale.

4.4. D'Arrando, Loreface, Mammi, Marzana, Nappi, Penna, Provenza, Ruggiero, Villani, Misiti.

Al comma 2, alinea, sostituire le parole da: necessaria a realizzare fino alla fine dell'alinea con le seguenti: quale contributo necessario a realizzare il progetto terapeutico riabilitativo individualizzato è cogestita dal soggetto del privato sociale, individuato ai sensi dell'articolo 3, comma 4 della presente legge e comprende:.

Conseguentemente, al medesimo comma 2, sostituire la lettera b) con la seguente: b) le risorse ulteriori che regioni ed enti locali destinano alle politiche socio-sanitarie e sociali;

4.5. Provenza, Loreface, Mammi, Marzana, Nappi, Penna, Ruggiero, Villani, D'Arrando, Misiti.

Al comma 2, sostituire le lettere da a) a d) con le seguenti:

a) le risorse che regioni ed enti locali, per quanto di competenza, destinano alla sperimentazione in oggetto, mediante riqualificazione e riprogrammazione di parte delle risorse previste a legislazione vigente per le politiche sociali e socio-sanitarie, secondo principi di appropriatezza e ottimizzazione;

b) le eventuali risorse conferite su base volontaria dalla persona interessata, anche derivanti da forme di sostegno al reddito introdotte quale misura di contrasto della povertà e per l'inclusione sociale e lavorativa, nonché conferite da terzi privati, anche del Terzo settore.

4.6. Noja.

Al comma 2, lettera a), sopprimere le parole: ai LEA socio-sanitari e.

4.7. Trizzino.

Al comma 2, lettera a), aggiungere, in fine, le parole: e all'inserimento lavorativo.

*** 4.8.** Bellucci, Gemmato, Ferro.

*** 4.9.** Versace, Bagnasco, Novelli, Bond, Brambilla.

Al comma 2, sostituire la lettera b) con la seguente:

b) le risorse ulteriori che le regioni, le aziende e istituzioni pubbliche, nonché gli enti locali destinano alle politiche socio-sanitarie, sociali e della formazione.

**** 4.10.** Bellucci, Gemmato, Ferro.

**** 4.11.** Versace, Bagnasco, Novelli, Bond, Brambilla.

Al comma 2, lettera d), aggiungere, in fine, le parole: o conferite da terzi privati, anche del Terzo settore.

4.13. Versace, Bagnasco, Novelli, Bond, Brambilla.

Al comma 2, dopo la lettera d), aggiungere la seguente:

d-bis) tutti gli altri interventi sanitari, non ricompresi in quelli direttamente afferenti l'area sociosanitaria, previsti nei LEA e nei LEA aggiuntivi delle regioni.

* **4.14.** Bellucci, Gemmato, Ferro.

* **4.18.** Versace, Bagnasco, Novelli, Bond, Brambilla.

Sopprimere il comma 3.

4.20. Bellucci, Gemmato, Ferro.

Sostituire i commi da 3 a 6 con il seguente:

3. Le regioni istituiscono un sistema di rendicontazione e monitoraggio fondato su indicatori di qualità del percorso tratti dagli elementi qualificanti del progetto sostenuto dal *budget* di salute. L'Osservatorio di cui all'articolo 5 promuove il coordinamento nazionale tra i sistemi di rendicontazione e monitoraggio.

Conseguentemente, all'articolo 5, comma 1, sostituire le parole: trasmessa dagli uffici

sociosanitari distrettuali con le seguenti: trasmessa dalle regioni.

4.21. Sutto, Panizzut, Boldi, De Martini, Foscolo, Lazzarini, Paolin, Patelli, Tiramani.

Sostituire i commi da 3 a 6 con il seguente:

3. Le regioni istituiscono un sistema di rendicontazione e monitoraggio, fondato su indicatori di qualità del percorso tratti dagli elementi qualificanti del progetto sostenuto da *budget* di salute, con un coordinamento nazionale effettuato attraverso la costituzione di un Osservatorio, di cui all'articolo 5. Le regioni sono chiamate a definire gli elementi qualificanti e attuativi del *budget* di salute attraverso linee programmatiche condivise e approvate in Conferenza unificata.

4.22. Bologna.

Sostituire i commi da 3 a 6 con i seguenti:

3. Tenuto conto delle peculiarità locali, le regioni, nell'ambito della loro programmazione annuale, definiscono la quota della spesa per attività residenziali da riconvertire nella realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati, da attuare mediante *budget* di salute, ai sensi della presente legge.

4. È istituito un sistema di rendicontazione e monitoraggio regionale degli esiti della sperimentazione di cui alla presente legge, con il coordinamento nazionale dell'osservatorio di cui all'articolo 5. Le regioni definiscono gli indicatori di qualità dei progetti sostenuti attraverso il *budget* di salute, nonché gli indici di misurazione degli esiti, attraverso linee programmatiche condivise e approvate in Conferenza unificata.

4.23. Noja.

Al comma 4, sostituire le parole: sono trasferite al soggetto cogestore con le se-

guenti: sono trasferite, per quanto di loro competenza, ai soggetti cogestori.

Conseguentemente, aggiungere, in fine, le parole: che potranno però avere una periodicità più ampia dei tre mesi, secondo quanto programmato nel progetto stesso. Nel caso di valutazione favorevole del *case manager* le risorse del *budget* di salute possono essere trasferite e gestite in parte o tutte dal beneficiario.

4.24. Versace, Bagnasco, Novelli, Bond, Brambilla.

Al comma 4, sostituire le parole: hanno sottoscritto la convenzione *con le seguenti*: hanno stipulato il contratto individuale.

4.25. Bologna.

Al comma 6, sostituire le parole: della sperimentazione *con le seguenti*: del progetto.

4.26. Bologna.

Al comma 6, aggiungere, in fine, le parole: , salva l'eventuale responsabilità contrattuale della ASL verso gli altri enti gestori e gli altri firmatari del progetto e del patto di corresponsabilità.

* **4.27.** Versace, Bagnasco, Novelli, Bond, Brambilla.

* **4.28.** Bellucci, Gemmato, Ferro.

ART. 5.

Al comma 1, dopo le parole: istituisce un osservatorio *aggiungere le seguenti*: con durata triennale.

5.1. Trizzino.

Al comma 1, sostituire le parole: dagli uffici socio-sanitari distrettuali *con le seguenti*: dalle regioni.

* **5.2.** Noja.

* **5.3.** Bologna.

Al comma 2, dopo le parole: La composizione *aggiungere le seguenti*: , la durata del mandato dei componenti

5.4. D'Arrando, Loreface, Mammì, Marzana, Nappi, Penna, Provenza, Ruggiero, Villani, Misiti.

Al comma 4, sopprimere la parola: positivi *e sostituire le parole da*: le regioni e i comuni *fino alla fine del comma con le seguenti*: sono valutate in sede di Conferenza unificata le eventuali iniziative da adottare per l'ulteriore attuazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati, da realizzare attraverso il metodo del *budget* di salute, nelle aree di intervento di cui all'articolo 3-*septies*, comma 4, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

5.5. Noja.

Dopo il comma 4, aggiungere il seguente:

4-bis. L'inserimento lavorativo delle persone con disabilità deve avvenire sulla base dei principi definiti dalle Linee guida in materia di collocamento mirato delle persone con disabilità, adottate con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, n. 43 dell'11 marzo 2022, come previsto dall'articolo 1, comma 1, del decreto legislativo 14 settembre 2015, n. 151.

5.6. Ianaro.

Dopo il comma 4, aggiungere il seguente:

4-bis La quota di compartecipazione sociale prevista nei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, trasformati in piani terapeutici riabilitativi individualizzati/*budget* di salute (PTRI/BdS), entra a far parte degli indica-

tori previsti dal nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria di cui al decreto del Ministro della salute 12 marzo 2019.

5.7. Carnevali.

Alla rubrica sopprimere la parola: sperimentale.

5.8. Bologna.

Dopo l'articolo 5, aggiungere il seguente:

Art. 5-bis.

(Clausola di salvaguardia)

1. Le disposizioni della presente legge sono applicabili nelle regioni a statuto speciale e nelle province autonome di Trento e di Bolzano compatibilmente con i rispettivi statuti e con le relative norme di attuazione.

5.01. Sutto, Binelli, Vanessa Cattoi, Loss.

Dopo l'articolo 5, aggiungere il seguente:

Art. 5-bis.

(Valutazione del budget di salute)

1. La metodologia del *budget* di salute prevede la coprogettazione, la cogestione e il cofinanziamento, nonché la co-valutazione di processi e progetti da allestire e realizzare tra enti pubblici, privati ed enti del Terzo settore. Il ruolo del cogestore nella presa in carico, ferma restando la priorità assegnata in sede di definizione del progetto terapeutico riabilitativo personalizzato, è organizzato su tre aree contemporanee d'intervento, connesse rispettivamente alle seguenti tipologie di bisogni della persona: apprendimento, socialità e affettività; abitazione e assistenza; formazione e lavoro. L'ICF è lo strumento valutativo personalizzato all'ingresso e nel percorso del *budget* di salute, sulla base del quale l'ufficio socio-sanitario distrettuale assicura il monitoraggio, la verifica e la valutazione dei progetti terapeutici riabilitativi perso-

nalizzati, finanziati in base alla presente normativa e trasmette all'osservatorio di cui all'articolo 5 le informazioni richieste dal medesimo, idonee a rilevare e a valutare gli esiti della progettazione.

2. I vincoli valutativi del progetto personalizzato sono da considerarsi esterni o interni. I vincoli esterni alla malattia o disabilità riguardano le aree vitali delle persone, quali la casa, il lavoro e l'affettività, per i quali è stato investito il *budget* di salute.

3. La valutazione interna relativa alle condizioni diagnostiche, biologiche e prognostiche del percorso terapeutico riabilitativo fanno riferimento alle tecniche puntuali al massimo delle conoscenze da ricercare e applicative acquisite (*evidence-based medicine*) e valutate attraverso le scale di ICF;

4. La valutazione del *budget* di salute si concentra, più che sul rispetto formale delle procedure, sull'efficacia degli interventi nel raggiungere l'obiettivo di trasformare la persona ed il suo contesto familiare e sociale in una risorsa che, a sua volta, promuova la possibilità per ciascuno di vivere, lavorare e abitare in un luogo autonomamente scelto, contribuendo a rimuovere gli ostacoli di natura individuale, sociale, culturale, economica, tecnica, istituzionale che impediscono la sua e altrui partecipazione alla vita politica della comunità.

5. La valutazione dell'inserimento al lavoro sarà espletata attraverso la metodologia *Individual Placement and Support*, disciplinata dal Ministero della salute.

6. I comuni e le ASL, in collaborazione con l'Osservatorio di cui all'articolo 5, saranno chiamati a monitorare e rendicontare gli esiti dei piani terapeutici riabilitativi individuali in termini di impatto sociale, ai sensi delle linee guida in materia di sistemi di valutazione dell'impatto sociale delle attività svolte dagli enti del Terzo settore di cui al decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali 23 luglio 2019. Ai sensi del citato decreto, la valutazione dell'impatto sociale è la valutazione qualitativa e quantitativa, sul breve, medio e lungo periodo, degli effetti delle attività svolte sulla comunità di riferimento ri-

spetto all'obiettivo individuato, e costituisce pertanto lo strumento di valutazione della capacità della progettazione del *budget* di salute di incidere sulle determinanti sociali della salute.

7. Il Ministero della salute, di concerto con l'Istituto nazionale di statistica e con il Ministero dell'economia e delle finanze, predispone appositi indicatori pubblici, correlati agli indicatori di Benessere equo e sostenibile contenuti nei documenti di programmazione economica nazionali, ed un sistema di misurazione del ritorno sociale sull'investimento (*Social Return of Investment*, S-ROI).

5.02. Carnevali.

Dopo l'articolo 5, aggiungere il seguente:

Art. 5-bis.

(Fondo di Garanzia)

1. È istituito un Fondo di garanzia pubblico con l'obiettivo di attrarre, da parte degli enti cogestori, capitali ad impatto sociale ed investimenti volti a finanziare l'avvio di programmi socio economici dedicati alle persone beneficiarie del *budget* di salute, ed in particolare alla predisposizione di progetti alternativi nelle principali aree di bisogno di cui all'articolo 3, commi 1 e 5.

2. Il Fondo di garanzia pubblico di cui al comma 1 ha l'obiettivo di assicurare che il *budget* di salute diventi uno strumento efficace per collegare, in modo durevole ed efficace, inclusione sociale e produzione di valore economico.

3. Il Fondo di cui al comma 1 fornisce garanzie sui seguenti tipi di investimenti:

a) investimenti nei quali il rischio è totalmente a carico dell'investitore privato o istituzionale che finanzia l'avvio del progetto dell'ente cogestore;

b) investimenti nei quali l'ente cogestore investe risorse proprie in progetti imprenditoriali e socio-economici in grado di attuare efficacemente i progetti personalizzati.

4. Il Fondo di cui al comma 1 fornisce garanzie per un totale non superiore al 80 per cento del costo degli investimenti realizzati.

5. Beneficiari del Fondo di garanzia di cui al comma 1 sono, nei casi di cui alla lettera a) del comma 4, gli investitori privati o istituzionali, e nei casi di cui alla lettera b) del comma 4, gli enti cogestori selezionati a norma dell'articolo 3 comma 4, sulla base di una programmazione socio-economico-finanziaria che costituisce parte integrante del progetto personalizzato di cui si propone il finanziamento.

5.03. Carnevali.

TIT.

Sostituirlo con il seguente: Introduzione della metodologia del *budget* di salute nella definizione dei progetti personalizzati socio-sanitari.

Tit.1. Bologna.

Sopprimere la parola: sperimentale.

Tit.2. Bologna.