



**La complicata attuazione del PNRR.
Le prossime tappe per la realizzazione degli obiettivi della
Missione 6**

a cura di Mario Iannella

Report ricerche - marzo 2023

Il presente Report di ricerca è stato realizzato su incarico di Cesvot da Mario Iannella, sotto la supervisione del dott. Luca Gori, responsabile scientifico per l'Istituto Dirpolis del progetto di ricerca "Le opportunità del Pnrr per il terzo settore toscano".

INDICE

1. Introduzione	p. 2
2. La legge delega in favore delle persone anziane non autosufficienti	p. 3
3. La difficile attuazione della Missione 6	p. 8
4. L'assistenza domiciliare	p. 10
5. La sanità territoriale	p. 11
6. L'attuazione del PNRR in Toscana: gli strumenti digitali	p. 13
7. Stanziamenti e caratteristiche dei progetti	p. 14
8. La Missione 6 in Toscana: alcuni passi per sviluppare la sanità territoriale	p. 16

1. Introduzione

Negli scorsi mesi, alcune difficoltà hanno rallentato l'implementazione del PNRR e costretto il Governo all'adozione di un robusto numero di correttivi. La Corte dei conti ha presentato il 28 marzo al Parlamento la relazione semestrale sui dati emersi dal sistema ReGis. In base ai dati, i magistrati contabili calcolano che la spesa effettiva realizzata a fine 2022 è di circa 20 miliardi di euro. Il tasso di realizzazione si attesta al 12% delle risorse PNRR complessive disponibili fino al 2026. Molta di questa spesa è, tuttavia, legata agli incentivi "automatici" già previsti dai programmi italiani, traslocati parzialmente nel PNRR. Difatti, per misurare la capacità effettiva di realizzare la spesa pubblica per i nuovi investimenti, i magistrati contabili hanno escluso gli incentivi all'industria e all'edilizia. Quindi, la spesa considerata dai magistrati contabili è di circa 10 miliardi spesi sui 168 complessivi, intorno al 6% del totale. Nella Missione 6, dedicata alla "Salute", la spesa è praticamente assente (79 milioni su 15.626, quindi lo 0,5%), nella Missione 5, per l' "Inclusione e coesione", si arriva a 239 milioni (l'1,2% dei 19,851 miliardi di budget) mentre su "Istruzione e ricerca" (Missione 4) si arranca fino al 4,1% (1,273 miliardi spesi su 30,876). In controtendenza solo la Missione 3, quella delle «Infrastrutture per la mobilità sostenibile», che scatta al 16,4% grazie agli appalti delle ferrovie. Per rimediare, il programma prevede che la spesa aumenti da 20,44 miliardi nei primi tre anni a 40,908 miliardi quest'anno, fino a 46-48 miliardi annui nel 2024-25. Tuttavia, il Governo non sembra credere nella realizzabilità di questa accelerazione e quindi continua a negoziare con Bruxelles un ripensamento del Piano.

Le esigenze di un ripensamento del PNRR hanno spinto all'adozione di un decreto, il 27 febbraio, che interviene su diversi aspetti relativi alla *governance* e alla gestione dei progetti: vengono accentrati i poteri di controllo del PNRR a Palazzo Chigi attraverso una nuova struttura di missione; si introducono nuove semplificazioni per velocizzare gli appalti che includono uno snellimento delle procedure sia in materia di reti internet ad alta velocità sia per il capitolo della transizione *green*, con iter semplificati per mini eolico e idrogeno verde; per la scuola, arrivano i ribassi d'asta con l'obiettivo di sbloccare oltre 350 milioni di fondi; per l'università, è previsto uno sgravio per le imprese che assumono dottori di ricerca e ricercatori. Tuttavia, la realizzabilità del programma è stata messa formalmente in discussione in un incontro tra il Governo ed i Commissari europei lo scorso 20 marzo. I progetti a rischio, come ha spiegato il titolare della delega, sono «diversi» ed è stata richiesta un'analisi rapida da parte dei Ministeri. Entro breve, dovrà essere presentata una proposta «dettagliata» di revisione del Piano. In gioco ci sono due questioni: la questione della terza rata da 19 miliardi, ostacolata (in parte) anche dalle contestazioni comunitarie sullo Stadio Artemio Franchi di Firenze e sul Bosco dello sport di Siena; e la possibilità di coordinamento attraverso i fondi di

coesione. Quest'ultima misura permetterebbe uno spostamento di alcune iniziative sui binari di una programmazione che offrirebbe tre anni e mezzo di tempo in più. Intanto al Senato è sempre in discussione il Decreto-legge Pnrr 3, che prevede la proroga al 2025 dello scudo erariale.

Le difficoltà di attuazione del PNRR sono oggetto di attenzione in questi giorni alle Camere, in cui è esaminato un Decreto legge dedicato al tema che il Governo ha integrato con un pacchetto di emendamenti riguardanti diversi temi: tra cui, la lotta al caro materiali, le energie rinnovabili, il settore giudiziario, la filiera degli Spid, l'edilizia scolastica, le procedure anti-mafia e i ritardi dei pagamenti dello Stato. Per quanto riguarda le risorse economiche, sarà previsto un aumento del 20% degli importi già assegnati per le opere affidate tra il 1° gennaio e il 17 maggio 2022. Inoltre, sono state adottate delle semplificazioni procedurali, a partire dalla cancellazione dell'obbligo di "Via" (Valutazione impatto ambientale) per gli impianti di energia rinnovabile, a condizione che gli interventi ricadano nelle aree già oggetto di valutazione ambientale strategica e quindi ritenute idonee. Ulteriori interventi riguardano: (i) la proroga fino a dodici mesi oltre la scadenza prevista originariamente della valutazione dei magistrati, dell'assegnazione degli incarichi al CSM su base meritocratica e sulla disciplina della valutazione dei codici disciplinari; (ii) l'adozione di una soluzione ponte sullo Spid che permetterà l'uso del sistema attuale di identità pubblica digitale fino all'adozione di un modello di "wallet" unico europeo e (iii), per quanto riguarda l'edilizia scolastica, l'incremento del limite per l'affidamento diretto dei servizi e delle forniture a 215mila euro.

2. La legge delega in favore delle persone anziane non autosufficienti

Nell'ambito della Missione 5 componente 2 (con implicazioni anche per la Missione 6) si colloca il disegno di legge delega in materia di politiche in favore delle persone anziane, approvato lo scorso **21 marzo 2023. Entro il 30 giugno 2024 devono essere adottati i decreti legislativi attuativi.** Obiettivo della legge è conferire una delega al Governo per adottare provvedimenti destinati alla tutela della dignità e alla promozione delle condizioni di vita, di cura e di assistenza delle persone anziane. Gli strumenti principali di tale azione sono individuati nella ricognizione, riordino, semplificazione, integrazione e coordinamento, sotto il profilo formale e sostanziale, delle disposizioni legislative vigenti in materia di assistenza sociale, sanitaria e socio-sanitaria alla popolazione anziana, oltre a potenziare le stesse nei limiti dei nuovi stanziamenti.

Nell'esercizio delle deleghe, il Governo dovrà attenersi, tra gli altri, alla direttiva di promuovere e valorizzare le attività di partecipazione e di solidarietà svolte dalle persone anziane nell'ambito culturale, nell'associazionismo e nelle famiglie, per la promozione della solidarietà e della coesione

tra le generazioni, anche con il supporto del servizio civile universale, e per il miglioramento dell'organizzazione e della gestione di servizi pubblici a favore della collettività e delle comunità territoriali, anche nell'ottica del superamento dei divari territoriali. Inoltre, dovranno essere incentivati gli interventi idonei a contrastare i fenomeni della solitudine sociale e della deprivazione relazionale delle persone anziane, indipendentemente dal luogo ove si trovino a vivere, mediante la previsione di apposite attività di ascolto e di supporto psicologico e alla socializzazione, anche con il coinvolgimento attivo delle formazioni sociali, del volontariato, del servizio civile universale e degli enti del terzo settore.

Viene garantito il diritto delle persone anziane a determinarsi in maniera indipendente, libera, informata e consapevole con riferimento alle decisioni che riguardano la loro assistenza, nonché alla continuità di vita e di cure presso il proprio domicilio, seppure entro i limiti e i termini definiti dalla programmazione integrata socio-assistenziale, anche con il contributo del servizio civile universale, e socio-sanitaria statale e regionale, oltre alla rete delle farmacie territoriali. L'ambizione della legge è la creazione di un *continuum* di servizi per le persone anziane fragili e per le persone anziane non autosufficienti, centrato sulle necessità della persona e del suo contesto familiare e sull'effettiva presa in carico del paziente anziano, nell'ambito delle risorse disponibili e delle facoltà assunzionali degli enti. In questo sistema di cure complessive dovranno essere garantiti:

- il diritto delle persone anziane alla somministrazione di cure palliative domiciliari e presso hospice;
- la possibilità di praticare attività fisica sportiva, mediante azioni adeguate a garantire un invecchiamento sano;
- gli specifici fabbisogni di assistenza delle persone anziane con pregresse condizioni di disabilità, al fine di promuoverne l'inclusione sociale e la partecipazione attiva alla comunità, anche con l'ausilio del servizio civile universale, assicurando loro i livelli di qualità di vita raggiunti e la continuità con il loro progetto individuale di vita e con i percorsi assistenziali già in atto, nei limiti delle compatibilità finanziarie di cui alla presente legge;
- il rafforzamento dell'integrazione e dell'interoperabilità dei sistemi informativi degli enti e delle amministrazioni competenti nell'ambito dei vigenti programmi di potenziamento delle infrastrutture e delle reti informatiche, anche valorizzando dati ed evidenze generati dai cittadini, nonché dati risultanti da indagini, studi e ricerche condotti da enti del terzo settore;
- la riqualificazione dei servizi di semiresidenzialità, di residenzialità temporanea o di sollievo e promozione dei servizi di vita comunitaria e di coabitazione domiciliare (*cohousing*).

Viene istituito, presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, **il Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA)**, con il compito di promuovere il coordinamento e la programmazione integrata delle politiche nazionali in favore delle persone anziane, con particolare riguardo alle politiche per la presa in carico delle fragilità e della non autosufficienza. In particolare, il CIPA dovrà adottare, con cadenza triennale e un aggiornamento annuale, sentite le parti sociali e le associazioni di settore, nonché le associazioni rappresentative delle persone in condizioni di disabilità, il «**Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana**» e il «**Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana**», che sostituisce il Piano per la non autosufficienza. Sulla base dei suddetti Piani nazionali saranno adottati i corrispondenti Piani regionali e locali. Al Comitato è anche affidato il compito di promuovere l'integrazione dei sistemi informativi di tutti i soggetti competenti alla valutazione e all'erogazione dei servizi e degli interventi in ambito statale e territoriale e l'adozione di un sistema di monitoraggio nazionale, quale strumento per la rilevazione continuativa delle attività svolte e dei servizi e delle prestazioni resi.

Una delle peculiarità della legge delega è l'attenzione destinata alle politiche di prevenzione, non soltanto delle fragilità, ma da realizzarsi anche attraverso azioni che consentano l'invecchiamento attivo e la promozione dell'inclusione sociale. Molteplici gli interventi che dovranno perseguire tali finalità – e che costituiscono altrettanti ambiti di intervento per gli ets -, anzitutto in termini di promozione della salute e della cultura della prevenzione lungo tutto il corso della vita attraverso apposite campagne informative e iniziative da svolgere in ambito scolastico e nei luoghi di lavoro. Similmente sono incentivati programmi e percorsi integrati volti a contrastare l'isolamento, la marginalizzazione, l'esclusione sociale e civile, la deprivazione relazionale e affettiva delle persone anziane. Più in generale, in linea con gli ambiti delle politiche sociali e con quelle inerenti la Missione 6, dovranno essere realizzati, da un lato, interventi di sanità preventiva presso il domicilio delle persone anziane, anche attraverso la rete delle farmacie territoriali in sinergia con gli erogatori dei servizi sociosanitari, nei limiti delle compatibilità finanziarie di cui alla presente legge e, dall'altro, una promozione dell'impegno delle persone anziane in attività di utilità sociale e di volontariato, nonché in attività di sorveglianza, tutoraggio e cura delle altre fasce di età, svolte nell'ambito dell'associazionismo e delle famiglie.

A questi interventi si collega un ripensamento del governo del territorio, nella doppia dimensione di una facilitazione della mobilità nei contesti urbani ed extraurbani, anche mediante il superamento degli ostacoli che impediscono l'esercizio fisico, la fruizione degli spazi verdi e le occasioni di

socializzazione, e di incontro e di sviluppo di meccanismi di rigenerazione urbana e riuso del patrimonio. Obiettivo di tali progetti, che dovranno idealmente coinvolgere gli ets sulla base di atti di pianificazione o programmazione regionale o comunale e di adeguata progettazione, è la realizzazione di nuove forme di domiciliarità e di coabitazione solidale domiciliare per le persone anziane (*senior cohousing*) e di coabitazione intergenerazionale, in particolare con i giovani in condizioni svantaggiate (*cohousing* intergenerazionale), da realizzare, secondo criteri di mobilità e accessibilità sostenibili, nell'ambito di case, case-famiglia, gruppi famiglia, gruppi appartamento e condomini solidali, aperti ai familiari, ai volontari e ai prestatori esterni di servizi sanitari, sociali e socio-sanitari integrativi.

Uno degli strumenti principali che la legge delega assegna al Governo per lo sviluppo delle politiche in materia è lo sviluppo di interventi per l'incontro, la solidarietà e la coesione tra le generazioni. Questi dovrebbero essere realizzati sia attraverso la promozione di programmi di cittadinanza attiva e di tipo culturale, sia attraverso la condivisione, a partire dal livello scolastico e universitario, delle esperienze di volontariato, anche in termini di crediti formativi.

Alcuni interventi specifici dovranno essere dedicati alla popolazione anziana non autosufficiente, individuata sulla base dell'età anagrafica, delle condizioni di fragilità, nonché dell'eventuale condizione di disabilità pregressa. Dovrà, quindi essere predisposto un **Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente** (SNAA), come modalità organizzativa permanente per il governo unitario e la realizzazione congiunta, in base ai principi di piena collaborazione e di coordinamento tra Stato, regioni e comuni e nel rispetto delle relative competenze, di tutte le misure a titolarità pubblica, dedicate all'assistenza degli anziani non autosufficienti. Lo SNAA dovrà quindi procedere ad un'integrazione dei servizi, degli interventi e delle prestazioni sanitarie, sociali e assistenziali rivolte alla popolazione anziana non autosufficiente, nel rispetto degli indirizzi generali elaborati dal CIPA e con la partecipazione attiva delle parti sociali e delle associazioni di settore. La definizione di tale prospettiva integrata è affidata alla collaborazione tra:

- a livello centrale, il CIPA;
- a livello regionale, gli assessorati regionali competenti, i comuni e le aziende sanitarie territoriali di ciascuna regione;
- a livello locale, l'ATS e il distretto sanitario;

Lo SNAA dovrà occuparsi anche del coordinamento, per i rispettivi ambiti territoriali di competenza, degli interventi e dei servizi sociali, sanitari e socio-sanitari in favore degli anziani non autosufficienti

erogati a livello regionale e locale, tenuto conto delle indicazioni fornite da enti e società che valorizzano la collaborazione e l'integrazione delle figure professionali in rete.

Integrandosi con il ripensamento della sanità territoriale realizzata dal PNRR si dovrà anche realizzare una semplificazione dell'accesso agli interventi e ai servizi sanitari, sociali e socio-sanitari e messa a disposizione dei Punti unici di accesso (PUA), collocati presso le Case della Comunità, orientati ad assicurare alle persone anziane non autosufficienti e alle loro famiglie il supporto informativo e amministrativo per l'accesso ai servizi dello SNAA e lo svolgimento delle attività di *screening* per l'individuazione dei fabbisogni di assistenza, anche attraverso la rete delle farmacie. Con riferimento alle prestazioni di assistenza domiciliare, a integrazione degli istituti dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) e del servizio di assistenza domiciliare (SAD), assicurando il coinvolgimento degli Ambiti territoriali sociali (ATS) e del Servizio sanitario nazionale, dovrà essere garantita un'offerta integrata di assistenza sanitaria, psicosociale e socio-sanitaria, secondo un approccio basato sulla presa in carico di carattere continuativo e multidimensionale, orientato a favorire, anche progressivamente:

- l'unitarietà delle risposte alla domanda di assistenza e cura, attraverso l'integrazione dei servizi erogati dalle Aziende sanitarie locali e dai comuni;
- la razionalizzazione dell'offerta vigente di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie che tenga conto delle condizioni dell'anziano, anche con riferimento alle necessità dei pazienti cronici e complessi;
- l'offerta di prestazioni di assistenza e cura di durata e intensità adeguate, come determinate sulla base dei bisogni e delle capacità della persona anziana non autosufficiente;
- l'integrazione e il coordinamento dei servizi e delle terapie erogati a domicilio, anche attraverso strumenti di telemedicina, per il tramite degli erogatori pubblici e privati accreditati e a contratto, anche del terzo settore, che possano garantire la gestione e il coordinamento delle attività individuate nell'ambito del Piano di assistenza individuale (PAI);
- il coinvolgimento degli enti del terzo settore, nei limiti delle compatibilità finanziarie di cui alla presente legge.

Infine, un ultimo settore di intervento riguarda l'adozione di politiche destinate a garantire la sostenibilità **economica e la flessibilità dei servizi di cura e assistenza a lungo termine** per le persone anziane e per le persone anziane non autosufficienti. Tra i criteri direttivi si segnalano:

- l'introduzione, anche in via sperimentale e progressiva, per le persone anziane non autosufficienti che optino espressamente per essa, prevedendo altresì la specifica disciplina

per la reversibilità dell'opzione, di **una prestazione universale graduata** secondo lo specifico bisogno assistenziale ed erogabile, a scelta del soggetto beneficiario, sotto forma di trasferimento monetario e di servizi alla persona;

- la ricognizione e il riordino delle agevolazioni contributive e fiscali, anche mediante la rimodulazione delle aliquote e dei termini, nell'ambito delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente, volte a sostenere la regolarizzazione del lavoro di cura prestato al domicilio della persona non autosufficiente, per sostenere e promuovere l'occupazione di qualità nel settore dei servizi socioassistenziali;
- la definizione di percorsi formativi idonei allo svolgimento delle attività professionali prestate nell'ambito della cura e dell'assistenza alle persone anziane non autosufficienti e degli assistenti familiari impegnati nel supporto e nell'assistenza delle persone anziane nel loro domicilio;
- l'identificazione dei fabbisogni regionali relativi alle professioni e ai professionisti afferenti al modello di salute bio-psicosociale occupati presso le organizzazioni pubbliche e private coinvolte nelle azioni previste dalla presente legge;
- la ricognizione e la ridefinizione della normativa riguardante i caregivers e la promozione di interventi diretti alla certificazione delle competenze professionali acquisite nel corso dell'esperienza maturata.

3. La difficile attuazione della Missione 6

Nell'attuazione della Missione 6, oltre alle criticità relative alle tempistiche, altri aspetti hanno ancora necessità di approfondimento e integrazione: la capacità di assicurare un riequilibrio territoriale dei servizi, la disponibilità di risorse finanziarie e umane per far funzionare il nuovo sistema di assistenza territoriale, il coinvolgimento dei medici di medicina generale (MMG) e l'adattamento della riforma ai diversi modelli regionali. Il vincolo del 40% dei finanziamenti destinati al Mezzogiorno, unito alle resistenze delle regioni più forti, risulta difficilmente conciliabile con l'esigenza di garantire uniformità nella ristrutturazione sanitaria tra le varie zone del Paese. La seconda tematica si deve alla difficoltà di realizzare un'espansione dei servizi, attraverso una loro maggiore pervasività in ambito territoriale, senza provvedere contestualmente all'aumento del finanziamento destinato al personale in servizio in ambito sanitario e alla riprogrammazione della formazione, con alcune professionalità che risultano cronicamente carenti. Infine, la partecipazione dei MMG alle nuove strutture, a partire dalle Case di Comunità, costituisce un nodo irrisolto, visto che la convenzione attualmente in essere sembra prediligere l'aggregazione tra medici di base piuttosto che la partecipazione al ripensamento

della sanità territoriale ne sembra, al momento, prospettarsi una ridefinizione contrattuale a breve. Infine, l'uniformazione dei servizi garantiti dalle diverse regioni disposta dal Dm 77/2022 lascia ampi spazi a differenti soluzioni nella fornitura degli stessi, la cui puntuale individuazione sarà determinata in sede attuativa dai singoli SSR.

L'attuazione degli investimenti PNRR nell'ambito della Missione "Salute" passa, anzitutto, dalla ripartizione e dal successivo impiego dei fondi da parte delle regioni: 6,675 dei 7 miliardi complessivamente previsti dovranno essere impegnati a livello territoriale. Il riparto, avvenuto con decreto del Ministero, previa intesa in Conferenza Stato-Regioni, è stato quasi interamente effettuato (seppur soltanto sul finale dello scorso dicembre), ad eccezioni dei fondi riguardanti la telemedicina. Anche l'80% degli stanziamenti del Fondo complementare sono territorializzabili e riguardano principalmente la ripartizione dei fondi destinati alle strutture e ai servizi del Sistema nazionale di prevenzione ambiente, salute e clima (SPNS-SPNA) tra gli assessorati alla sanità, le Asl, gli Istituti zooprofilattici sperimentali e le Agenzie regionali per la protezione dell'ambiente. A seguito dei riparti (con criteri leggermente differenti per le singole voci), alla **Regione Toscana** sono stati assegnati 104,2 milioni di euro per le Case di Comunità; 12,6 per le Centrali operative territoriali (COT); 56,8 per gli Ospedali di Comunità; e 52,4 per l'Assistenza domiciliare. Il totale degli stanziamenti è di 226,1 milioni di euro, pari al 3,8% del totale nazionale. La regione avrà il compito di incrementare dall'8,3 all'11, la percentuale di assistiti domiciliarmente con almeno 65 anni. Per quanto riguarda le altre strutture, la decisione è rimessa alle singole regioni nelle fasce individuate a livello nazionale. Sempre guardando alla **Toscana**, è previsto che si passi dalle 76 Case della Salute esistenti ad un massimale di 153 strutture di prossimità e dai 20 Ospedali di Comunità ad un massimo di 44 dopo il PNRR, mentre il numero di COT dovrebbe rimanere invariato.

Dal 2024 partiranno le prime prestazioni di telemedicina targate SSN – prescritte dunque con ricetta del medico (gratuite o con il ticket). Il primo step è stato conseguito in questi giorni, con l'assegnazione a Al maviva ed Engineering per 10 anni, a fronte di un canone di 235 milioni di euro, la creazione e la gestione della piattaforma nazionale. Il loro ruolo sarà quello di assicurare che le prestazioni siano erogate in modo omogeneo in tutta Italia. Dopo una prima fase di progettazione e realizzazione si passerà alla messa online a fine 2023. Il successivo passo, dopo l'avvio della piattaforma, è previsto ad aprile il bando per le regioni che vedranno assegnarsi i restanti 750 milioni. Agenas manderà, entro marzo, la comunicazione dei fabbisogni in base ai piani operativi già inviati dalle regioni, per individuare i destinatari delle cure online e gli operatori necessari per le prestazioni di telemedicina.

4. L'assistenza domiciliare

Le difficoltà principali nell'implementazione del PNRR riguardano la Missione 6 e, in particolare, quelli stanziati per l'assistenza domiciliare, per cui sono previsti quasi 3 miliardi. L'obiettivo è molto ambizioso: raggiungere con le cure domiciliari il 10% degli over 65 nel giro di meno di 4 anni, si tratta di circa 1,3 milioni di italiani contro i 400mila di oggi. Come rilevato da ultimo dalla Corte dei conti, tuttavia, il rischio concreto però è che le regioni non riescano a spendere i 2,7 miliardi stanziati dal Pnrr nei tempi previsti, e cioè entro il 2026, e con i target molto stringenti fissati anno per anno dal Decreto di riparto dei fondi - pena la loro perdita - appena approvato sulla Gazzetta Ufficiale del 6 marzo scorso.

Difatti, mentre la pianificazione nazionale vorrebbe realizzare un'integrazione dei servizi, il SSN si ritrova in condizioni di grave difficoltà, dovute alla carenza del personale nelle strutture ospedaliere, rendendo impossibile la garanzia di servizi per il "territorio" (cioè per le cure extra ospedale). Un dato rende l'idea del vuoto di operatori: per le cure domiciliari la figura assistenziale centrale è quella del nuovo infermiere di famiglia. Ad oggi, tuttavia, ce ne sono poche migliaia mentre ne servirebbero circa 70mila per mettere davvero a regime la sanità del territorio. L'alternativa al ricorso a personale interno, su cui le regioni dovrebbero sviluppare un'azione di intervento in tempi rapidi, è il ricorso all'esterno nelle forme di enti specializzati (pubblici e privati) accreditati per le cure domiciliari, inclusi gli ets. Una strada che richiede, tuttavia, tempistiche, anche di accreditamento, molto più rapide di quelle presenti nelle procedure definite dall'accordo Stato-Regioni nel 2021.

Le difficoltà delle regioni nel realizzare (e spendere i fondi previsti per) gli interventi del PNRR, ha potenziali implicazioni per il complesso dei relativi sistemi sanitari. Difatti, il decreto firmato dal Ministro della Salute Orazio Schillaci fissa paletti precisi che vincolano l'erogazione delle risorse al raggiungimento di obiettivi intermedi di popolazione assistita, anno per anno, fino a metà 2026. Già quest'anno le regioni, per avere la metà delle risorse stanziare, dovranno dimostrare di aver aggiunto complessivamente 296mila over 65 in più curati a casa, ripartiti sulla base della popolazione di ciascuna di esse, e il prossimo anno ben 525mila, fino appunto arrivare agli 808mila del 2026. La portata dell'intervento si coglie considerando le condizioni di partenza del Paese, che ha visto storicamente l'Italia tra gli ultimi in Europa come percentuale di anziani assistiti a casa (un 3%), con un numero di ore medie di assistenza mensile (16), ampiamente inferiore alle 20 ritenute necessarie a livello UE. A monitorare il rispetto annuale dei target fissati regione per regione sarà l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali di cui si avvale il Ministero della Salute. Sotto la lente dell'Agenas finiranno «i dati rilevati tramite gli appositi indicatori del flusso ministeriale dedicato all'assistenza domiciliare».

La transizione rapida verso un sistema più efficace di cure domiciliari che doveva essere avviata quest'anno, sta registrando ritardi importanti. Sono a rischio, infatti, quasi 3 miliardi del PNRR da spendere da qui ai prossimi 4 anni per portare le cure domiciliari al 10% degli over 65. Le problematiche riguardano la carenza di personale sanitario sul territorio nazionale ed il fatto che solo una decina di regioni sono in regola con l'accreditamento che potrebbe includere enti privati e cooperative che già si occupano di assistenza domiciliare integrata. Il Decreto di riparto però, vincola l'erogazione delle risorse al raggiungimento di obiettivi intermedi di popolazione assistita anno per anno. Già dal 2023 le regioni per avere il 50% delle risorse stanziare dovranno dimostrare di aver raggiunto 296mila over 65 in più. Il fulcro delle prestazioni a domicilio dovrebbe essere l'infermiere di famiglia, ma considerando le criticità legate alla carenza di personale sanitario e al calo delle iscrizioni a corsi universitari del settore il rischio *flop* si fa concreto. Un altro fattore di rischio è il mancato recepimento in metà regioni dell'Intesa che il 4 agosto 2021 aveva stabilito i requisiti per l'accreditamento delle cure domiciliari. Ad oggi, solo 3 regioni su 20 - Lombardia, Lazio e Sicilia - sono a buon punto e stanno procedendo con la tabella di marcia.

5. La sanità territoriale

La Missione 6 aveva al suo centro gli investimenti per il ripensamento della sanità territoriale, in particolare quelli su “Case della Comunità e presa in carico della persona” e “rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)”, ricompresi nella Missione 6, componente 1, del PNRR (M6C1, reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale). Ad essi era legata la Riforma 1 della Missione stessa, concernente “reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima”. L'insieme di queste azioni ha, quindi, lo scopo di rafforzare la capacità del SSN di fornire servizi adeguati sul territorio, prevedendo entro la metà del 2026, l'attivazione di oltre 1.400 Case della Comunità e oltre 400 Ospedali di Comunità, per cui sono stanziare risorse pari, rispettivamente, a due miliardi di euro e un miliardo di euro. I progetti vengono gestiti dal Ministero della Salute (amministrazione titolare), dalle Regioni (soggetti attuatori) e dalle singole Asl (soggetti attuatori esterni). L'obiettivo da conseguirsi entro il 31 marzo 2023, relativo alla realizzazione dell'intervento, prevede la “approvazione dei progetti idonei per indire le gare per la realizzazione delle strutture”.

Ogni regione ha provveduto a riportare al Ministero, sulla base dei dati forniti dalle Asl, i propri fabbisogni, ai fini di consentire una ponderata valutazione, in merito all'esperimento delle procedure

di gara. Si tratta di un quadro eterogeneo sia per le richieste di intervento, sia rispetto alle criticità e condizioni di partenza che doveva essere portato a sintesi attraverso l'azione del Ministero della Salute e, in particolare dell'Unità di Missione del PNRR, istituita presso lo stesso. Raccolte le diverse istanze, si è palesata l'esigenza di una centralizzazione delle procedure, avvenuta facendo ricorso ad Invitalia S.p.A., quale centrale di committenza nazionale. La collaborazione tra il Ministero e Invitalia deve consentire (attraverso l'indizione di procedure di gara, diversificate in lotti, sub-lotti e cluster) ai soggetti attuatori che intendano avvalersi, in tutto o in parte, della stessa, di acquisire servizi di progettazione e di collaborare nella individuazione di lavori complementari, necessari a garantire il conseguimento del target entro la scadenza prevista. La stazione appaltante ha quindi individuato tre procedure di gara che indicano i principali interventi richiesti dalle regioni in attuazione della Missione: 1) nuova edificazione, ristrutturazione e riqualificazione di edifici pubblici; 2) restauro, riqualificazione e manutenzione di edifici pubblici sottoposti a tutela; 3) nuova edificazione, ristrutturazione e riqualificazione di edifici pubblici afferenti ad opere strutturali. Ciascuna delle tre procedure viene ulteriormente suddivisa, anzitutto, in lotti geografici e questi, a loro volta, in 5 sub-lotti prestazionali (servizi tecnici; servizi di verifica della progettazione; lavori; lavori in appalto integrato; servizi di collaudo), aventi ad oggetto le differenti tipologie di prestazioni. Per ciascun sub-lotto prestazionale, infine, gli interventi sono stati raggruppati in "cluster". Il relativo accordo quadro verrà, quindi, stipulato con un numero di operatori economici pari al numero dei cluster da assegnare. I soggetti attuatori che hanno fatto ricorso ad Invitalia soltanto parzialmente hanno adottato una *governance* mista, affidandosi alla centrale di committenza Invitalia soltanto per alcuni interventi e avviando in proprio il resto delle operazioni. Le regioni che non hanno fatto ricorso ad Invitalia, invece, hanno adottato una *governance* interna, avvalendosi di proprie centrali di committenza o di risorse interne (per la sola fase della progettazione).

Al netto della complessità della procedura, l'iter è contrassegnato dal ritardo rispetto alla scadenza del Target Ita – 31 marzo 2023 – che avrebbe richiesto per tale data l'approvazione di progetti idonei ai fini dell'indizione delle gare relative ai lavori. Oltre ai ritardi nell'espletamento della procedura, la Corte dei conti ha rilevato anche la presentazione di un numero insufficiente di progetti pervenuti alla fase del Progetto di fattibilità tecnico-economica (PFTE) e, in alcuni casi, ancor più estesa appare la carenza di progetti definitivi ed esecutivi. Difficoltà che hanno spinto il Ministero ad avviare una riconsiderazione delle scadenze, provando a spostare al 30 giugno la data di adozione della delibera di approvazione del progetto che costituisce la base di appalto. La Corte dei conti è intervenuta specificamente sulla materia, raccomandando al Ministero della Salute di prendere atto del mancato raggiungimento del target e di adeguare la programmazione dei successivi passaggi a tale evenienza. Sono consigliati anche interventi relativi alla rendicontazione delle anticipazioni erogate dai soggetti

attuatori, di velocizzazione delle procedure e di sollecitazione rispetto alle inadempienze progettuali diffusamente riscontrate.

6. L'attuazione del PNRR in Toscana: gli strumenti digitali

La Regione Toscana ha colto la sfida della trasparenza nella gestione del PNRR, andando oltre le disposizioni europee e nazionali, attraverso un sito dedicato specificamente all'attuazione del PNRR. Presentato nel maggio 2022, **il sito dedicato all'attuazione del PNRR in Toscana** è stato progressivamente sviluppato e si compone di diverse sezioni complementari tra loro e rispondenti alle finalità di conoscenza / visibilità e di trasparenza / rendiconto dell'azione pubblica.

Una prima sezione è infatti dedicata al **Piano nazionale nel suo complesso**, attraverso la quale si descrivono le missioni, le componenti e gli investimenti del Piano in chiave Toscana, gli atti di attuazione del PNRR e gli strumenti programmatici e strategici regionali di riferimento. Ad essa segue il **rimando agli avvisi nazionali** e a quelli **regionali**, inclusa una **sezione dedicata** ai professionisti e alle imprese che vogliono partecipare alle gare d'appalto per la realizzazione dei progetti del Piano in Toscana.

La parte di maggiore interesse per gli ets è costituita dalla predisposizione di una **cartografia** della regione che permette un'immediata **geolocalizzazione dei singoli progetti**, brevemente descritti e con le informazioni di rimando ai dettagli. Ciascun progetto è inoltre anche **ricercabile** attraverso una maschera che permette di filtrare per missione, ambito o comune di afferenza territoriale.

Il censimento dei progetti è aggiornato costantemente e viene rilasciato attraverso un **dataset aperto**: l'archivio dei progetti contiene l'insieme dei progetti che soddisfano contemporaneamente il requisito di titolarità – rispetto ai quali è stata avanzata ed accolta la richiesta di finanziamento a valere sui fondi del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) o del Piano nazionale per gli investimenti complementari (PNC) allo stesso PNRR, ovvero individuati all'interno o in forza di assegnazioni dirette o deliberazioni di riparto - e di **territorialità** - in quanto da un punto di vista soggettivo e/o territoriale sono localizzabili in Toscana.

Sono disponibili sul sito **le informazioni anagrafiche e di avanzamento procedurale e finanziario** dei singoli progetti censiti, tutte alimentate con i dati trasmessi da soggetti titolari o attuatori, stazioni appaltanti e relativi Responsabili unici del procedimento (RUP), in forza di obblighi informativi a fini di monitoraggio e trasparenza cui gli stessi sono già chiamati ad adempiere in forza di norme regionali e nazionali. Infine, attraverso un **pannello di controllo** si accede ai dati aggregati

aggiornati con la possibilità di navigare per missione o territorio selezionando rispettivamente le interfacce “progetti e risorse”, “settori” e “soggetti”.

7. Stanziamenti e caratteristiche dei progetti

Una delle principali difficoltà connesse all’attuazione del PNRR è costituita dalla revisione dei prezzi e dall’incidenza sulla sostenibilità dei progetti. Per questo, è stato recentemente adottato il decreto (n.124 del 13 marzo 2023) recante “Fondo opere indifferibili 2023. Preassegnazione”, che riguarda il FOI relativamente alla procedura “semplificata” 2023. In **Toscana** arriveranno complessivamente circa 40milioni: qui il dettaglio Comune per Comune.

Il decreto approva, anzitutto, l’elenco degli interventi finanziati (PNRR, PNC) con le risorse previste dal PNRR e dal PNC per i quali, le amministrazioni di riferimento hanno riscontrato la conferma di accettazione della preassegnazione da parte degli enti locali nonché l’Allegato 3 che riporta il riepilogo informativo dei totali complessivi dei contributi, suddivisi per ambiti di intervento e per amministrazione titolare. Si interviene anche nella tematica della trasparenza e della verifica riguardo le risorse assegnate, inclusa la puntualizzazione delle modalità di revoca e l’assegnazione del compito dell’aggiornamento a stretto giro dei sistemi di monitoraggio al Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato.

Al 31 gennaio, data di ultimo aggiornamento del sito, risultano finanziati in **Toscana 4983 progetti**, il 24% dei quali avviati. Tra questi, 2 su 5 risultano essere ancora in fase di progettazione, mentre circa il 12% è in fase di esecuzione e il 19% conclusi o in fase di chiusura. Anche la distribuzione tra le Missioni non è omogenea se si guarda al numero dei progetti per ciascun ambito: oltre il 56% ricadono nella Missione 1, seguita dal 13,3% della Missione 4; 10,7% della Missione 5; 10% della Missione 2; mentre quelli ricadenti nella Missione 6 sono il 5,8% del totale. Inevitabilmente, la concentrazione dei progetti è su classi di importo basse, con il 35% ad avere dei budget inferiore ai 40mila euro, mentre solo il 22% ha un valore pari o superiore ai 500mila. La concentrazione territoriale riflette la distribuzione della popolazione: per il 22% è concentrata su Firenze, seguita da Pisa, Lucca, Arezzo, Siena (tutte poco sopra il 10%) e le altre a seguire. Se si guarda al dato distribuito per la Missione 6, oggetto del presente report di ricerca, emerge la peculiarità del settore riguardante la sanità. Anzitutto, nonostante siano numerosi i progetti avviati rispetto alla media complessiva, risulta molto indietro la realizzazione, con il 65% che è ancora in fase di progettazione e solo circa il 3% concluso. Peculiare è anche la classe di importo degli stessi, concentrata sulla fascia tra 1 e 5 milioni (circa il 38%) e in generale per oltre l’85% tra i 100mila e i 5 milioni, risultando quasi del

tutto assenti i microprogetti che la fanno da padrone nella valutazione complessiva. Anche la concentrazione territoriale risulta essere maggiore, in particolare con una percentuale di interventi più elevata a Firenze (26.9%) e Pisa (16.55%), con la sola Arezzo a superare il 10% tra le restanti. Similare è la situazione anche riguardo alla Missione 5, sia per quanto riguarda il basso numero di progetti che hanno superato la fase di progettazione (solo il 40%), sia per la concentrazione nelle fasce intermedie degli importi dei progetti finanziati, seppure con prevalenza di quelli ricadenti tra 100mila e 500mila euro (circa un terzo). Peculiare è, invece, la percentuale elevata di progetti avviati (oltre il 50%) e la concentrazione territoriale nella provincia di Lucca (oltre 17%), che segue Firenze (26.50%) come numero di progetti finanziati nel settore.

La distribuzione tra le Missioni dei progetti finanziati tiene conto di alcune peculiarità. Guardando alla Missione 1, mentre numerosissimi sono gli interventi ricadenti nella componente 1 relativa alla “digitalizzazione, innovazione e sicurezza nelle PA” (1.492), a farla da padrone in termini di risorse assegnate sono quelli relativi alla componente 3, “Turismo e Cultura 4.0”, per cui sono finanziati progetti per 866milioni di euro (10 volte circa quelli riconducibili alla prima componente, pur con la metà dei progetti). Similmente emerge la netta prevalenza, in questo caso in termini di progetti presentati, della componente relativa alla “Tutela del territorio e della risorsa idrica”, con 384 dei 500 progetti finanziati nella Missione 2 ad essa ricondotti e circa 600 milioni; mentre i progetti relativi all’ “Energia rinnovabile, idrogeno, rete e mobilità sostenibile” sono contraddistinti dalle dimensioni nettamente maggiori degli stessi, concentrando su 33 interventi, 1,9 miliardi di euro. Un sostanziale equilibrio si registra nella Missione 4, in cui i progetti relativi alla seconda componente (dalla ricerca all’impresa) sono di dimensioni nettamente maggiori rispetto a quelli relativi al “Potenziamento dell’offerta dei servizi di istruzione”, concentrando su 140 interventi, 287 milioni a fronte dei 232 sui 525 della prima componente. Peculiare è, invece, la collocazione dei progetti e degli stanziamenti nella Missione 5: mentre la seconda componente si contraddistingue per la numerosità degli interventi (460) che implicano uno stanziamento elevato (884milioni), per quanto riguarda gli “Interventi speciali per la coesione territoriale” (componente 3) si segnala il ridotto numero (20) ma le dimensioni elevate degli stessi (per cui sono stanziati risorse pari a circa 570 milioni di euro). Molto indietro, sia come numero di progetti (52), sia per risorse assegnate alle stesse (33 milioni) sono invece le voci riguardanti le “Politiche attive per il lavoro” della componente 1.

E’ possibile trovare i dati disponibili per i singoli settori, sottosettori, categorie e la distribuzione territoriale degli stessi tra i singoli comuni, qui.

8. La Missione 6 in Toscana: alcuni passi per sviluppare la sanità territoriale

Come sottolineato a più riprese, il raccordo tra i medici di medicina generale e il ripensamento della sanità territoriale costituisce uno dei temi maggiormente complicati nell'attuazione della Missione 6. La Toscana ha inteso affrontare tale problema attraverso un atto di programmazione recettivo di un nuovo accordo sindacale (AIR) tra presidente di Regione Toscana Eugenio Giani, il segretario regionale della Fimmg Niccolò Biancalani, il presidente regionale di Snam Alessio Lambardi e il segretario regionale di Smi Giorgio Fabiani. L'obiettivo dichiarato dell'accordo è garantire più medici di famiglia nelle Case di Comunità, la diagnostica di base negli studi e nelle Case di Comunità, sviluppo della telemedicina sia nel rapporto fra medico e paziente, sia in quello fra medico e specialisti. Dopo la delibera del dicembre 2022 in cui si dettano le indicazioni alle aziende sanitarie per il rafforzamento dell'assistenza territoriale, il nuovo atto, nelle intenzioni dell'amministrazione regionale, dovrebbe definire gli indirizzi sulla costituzione delle équipe territoriali, sull'utilizzo della telemedicina, sul potenziamento dell'assistenza domiciliare e sulla garanzia della presenza anche nelle aree interne, per i medici a ciclo di scelta. Si tratta di un passaggio necessario per definire il percorso organizzativo tracciato dal PNRR e dal Dm 77, consentendo al cittadino di avere una figura sanitaria di riferimento nelle strutture sanitarie diffuse che dovrebbe lavorare con altri professionisti, in un contesto contraddistinto da strumenti diagnostici di livello elevato.

Inoltre, si va rafforzando il progetto Botteghe della Salute, una rete regionale di presidi per la facilitazione alla sanità digitale e ai servizi socio-sanitari gestita da Anci Toscana. Il progetto, alimentato dalle partnership con gli enti del terzo settore ha visto recentemente siglare un accordo tra il soggetto gestore (Anci Toscana) e la Federazione delle Misericordie della Toscana per l'attivazione dei servizi di base Botteghe Salute presso le Misericordie locali che saranno interessate a entrare nella rete. I volontari delle Misericordie, una volta abilitati e formati da Anci, potranno offrire agli associati e a tutti i cittadini, in forma gratuita, i servizi essenziali di sanità digitale quali: l'attivazione della tessera sanitaria elettronica, l'accesso al fascicolo sanitario online, la prenotazione delle visite e degli esami, e molti altri servizi di pubblica utilità fruibili tramite strumenti digitali, dalla App Toscana Salute alla App IO. Si crea uno strumento di interazione tra ets e l'associazione degli amministratori, volto a conferire agli ets aderenti una qualifica (quella di Bottega della Salute) che intende essere una garanzia per gli utenti sugli standard di qualità dei servizi. Anci Toscana invece si impegna a svolgere corsi di formazione, a dare supporto tecnico e monitoraggio sull'impatto dei servizi.

Alcuni di questi servizi Bottega della Salute sono già stati avviati: dal 1° aprile alla Misericordia di Abetone, e sempre ad aprile inizierà la formazione ai volontari delle Misericordie di Peccioli, Lajatico e Terricciola, nell'Alta Valdera. Si tratta di un progetto finanziato da Regione Toscana che sembra

collocarsi a latere del ripensamento della sanità territoriale richiesto dal PNRR, pur perseguendo i medesimi obiettivi, inclusione digitale e accorciare il più possibile le distanze tra i servizi pubblici essenziali e le persone, superando i divari territoriali, geografici, anagrafici e sociali. Una direzione che presenta un'opportunità per gli ets e anche un'indicazione sulla politica da intraprendere per la Regione Toscana. Se il coinvolgimento del terzo settore nella prima fase di progettazione e attuazione della Missione 6 è stato marginale, a livello italiano, la realizzazione delle strutture fisiche, la diffusione nel territorio dei presidi opzionali (fissati solo nel massimo) e la garanzia che alle stesse sia data stabilità, durevolezza e presenza dovrebbero necessariamente passare da un'interazione sempre maggiore tra i soggetti attuatori e gli ets che hanno maturato negli anni esperienze e competenze in materia.