



Revisione e realizzazione degli investimenti del PNRR
Aggiornamenti e indicazioni per l'attuazione delle misure in ambito
sociale e sanitario

a cura di Mario Iannella

Report ricerche - novembre 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. 5
2. Revisione del PNRR e terzo settore	p. 6
3. L’attuazione della Missione 6 “Salute”. Alcuni aggiornamenti	p. 8
3.1. Casa come primo luogo di cure. Novità sul riparto delle risorse	p. 16
3.2. Rete di assistenza territoriale. Le linee di indirizzo relative all’infermiere di famiglia o comunità	p. 17
3.3. Le infrastrutture sociali di comunità	p. 19
4. Le misure del PNRR per la Missione 5 “Inclusione e Coesione” e l’istituto della co-progettazione	p. 20
4.1. Attività di inclusione sociale di categorie di soggetti fragili e vulnerabili: nuove Faq	p. 21
5. Lo stato di attuazione degli interventi del PNRR in Toscana	p. 22
6. I servizi sociali in Toscana. Livelli essenziali e note organizzative nel rapporto 2022/2023	p. 23

1. Introduzione

La Corte dei Conti ha recentemente approvato la Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) relativo al primo semestre 2023. Sono ritenuti “buoni” i risultati raggiunti, considerando che sono stati conseguiti i 28 obiettivi europei, assunti per il primo semestre. Un po’ meno performanti i dati sul fronte delle 54 scadenze con rilievo unicamente nazionale. Di quelle in scadenza a giugno scorso, risulta concluso il 74%.

Dei 69 obiettivi europei del secondo semestre 2023 (la maggioranza dei quali interessati da proposta di modifica nel documento di revisione del Piano), a metà ottobre ne erano stati già conseguiti 10, oltre ai 6 (su 15) di quelli nazionali del terzo trimestre 2023.

La Corte ha rilevato l’urgenza crescente di una conclusione della fase di revisione del Piano la cui incertezza ha contribuito a rallentare il processo di conseguimento degli obiettivi e la realizzazione degli investimenti. Una finalizzazione che consentirebbe di rimuovere fattori di incertezza, sia per le iniziative che rimarranno gestite nell’ambito del PNRR sia per quelle che dovranno uscire, consentendo, a soggetti responsabili e attuatori, gli opportuni adeguamenti.

La proposta di revisione ha fatto seguito ad una ricognizione dei principali fattori di criticità emersi nel lasso temporale intercorso dall’avvio del Piano, i cui esiti sono stati resi pubblici nella terza Relazione del Governo sullo stato di attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza, aggiornata al 31 maggio 2023. Le conclusioni di tale Relazione sottolineano alcune criticità per 80 linee di intervento (ossia quelle per le quali la ricognizione governativa ha evidenziato due dimensioni di difficoltà o una sola, ma di tipo oggettivo) con un’incidenza pari al 28% del totale delle misure; una percentuale che sale al 49,4% se si considerano i valori finanziari. Limitando, poi, l’esame alle sole iniziative caratterizzate, anche solo parzialmente, da “progetti in essere”, il peso delle misure contrassegnate da criticità si innalza ad oltre il 54%; questo dato sale al 66% se calcolato in termini finanziari. Ciò riflette una maggiore difficoltà delle iniziative in essere di integrare i requisiti di ammissibilità e rendicontabilità previsti dal PNRR, tra i quali il rispetto del principio di “non arrecare un danno significativo”.

La proposta di modifica nelle intenzioni del Governo rappresenterebbe anche l’occasione per l’introduzione del nuovo pacchetto di investimenti e riforme funzionali agli obiettivi del Piano REPowerEU¹, nonché per correggere alcune criticità ricondotte all’impostazione iniziale di alcune delle iniziative che continueranno ad essere gestite nel PNRR. La copertura delle misure del nuovo capitolo avverrà in parte attraverso il definanziamento di 9 linee di investimento attualmente in

¹https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/european-green-deal/repowereu-affordable-secure-and-sustainable-energy-europe_it

gestione, le quali, pur presentando ritardi in relazione alla programmazione iniziale, mostrano comunque andamenti di spesa più elevati rispetto al resto del Piano (al netto delle misure consistenti in crediti d'imposta), anche in ragione della componente di progetti in essere in esse presenti. La scelta di definanziamento nelle intenzioni dei proponenti sembra destinata principalmente ad anticipare possibili future difficoltà di rendicontazione della spesa, piuttosto che essere dettata da ostacoli nell'effettivo avanzamento delle iniziative.

2. Revisione del PNRR e terzo settore

Il percorso di revisione presentato dal Governo è destinato ad avere un impatto notevole anche per gli interventi del terzo settore. Numerosissimi progetti che riguardano le tematiche sociali e ambientali, fisiologicamente ricadenti tra quelle di livello locale oggetto del ripensamento, sembrano destinati ad essere sospesi, se non del tutto cancellati. Difatti, lo spostamento sul programma RePowerEU di 13 miliardi di fondi PNRR che erano stati originariamente assegnati ai Comuni, ha riguardato principalmente tre linee di intervento, per le piccole e medie opere, inerenti la rigenerazione urbana e i Piani urbani integrati delle grandi città.

Nel complesso, le amministrazioni hanno presentato proposte di modifica che riguardano 144 investimenti e riforme. Le richieste di modifica possono essere distinte in tre categorie.

La prima categoria riguarda modifiche formali relative alla descrizione delle misure e soprattutto ai meccanismi di verifica. Queste tipologie di modifiche non di carattere sostanziale sono molto importanti in quanto consentono una più agevole rendicontazione dei singoli obiettivi. In questi mesi, con la terza e quarta richiesta di pagamento il Governo ha registrato difficoltà di rendicontazione degli obiettivi e la necessità di puntualizzare tutti i singoli aspetti. La modifica proposta riprende quanto già concordato con le istituzioni europee in sede di modifica della quarta richiesta di pagamento.

La seconda tipologia riguarda modifiche e riprogrammazioni delle misure che, a fronte di una impossibilità o forti criticità a raggiungere alcuni obiettivi e soprattutto target fisici², le amministrazioni hanno proposto di riprogrammare a favore di interventi coerenti di natura settoriale. In questa categoria rientrano gli interventi relativi all'Alta velocità, per i quali in sede attuativa sono

² Il soggetto attuatore è tenuto ad effettuare l'avanzamento fisico del progetto alimentando, sul sistema ReGiS o sul sistema informativo locale dell'amministrazione titolare, i seguenti dati:

- valore realizzato degli indicatori relativi al contributo del progetto ai target della misura, ad ogni avanzamento significativo;
- valore realizzato degli indicatori comuni UE associati alla misura;
- upload della eventuale documentazione a supporto.

emerse criticità archeologiche, geologiche e di natura autorizzativa che non consentono il rispetto dei tempi previsti. Analogamente per le misure della transizione digitale, a fronte di alcune criticità, le amministrazioni propongono il rafforzamento degli interventi attraverso l'impiego delle economie maturate in sede di gara. Ad avviso del Governo, le proposte di revisione, tenuto conto dell'ambizione del Piano che individua la transizione digitale quale priorità, dovrebbe realizzare un rafforzamento delle misure esistenti.

L'ultima categoria di modifica riguarda, invece, le misure che si propone di definanziare dal PNRR e di salvaguardare attraverso la copertura con altre fonti di finanziamento, come il Piano nazionale complementare al PNRR e i fondi delle politiche di coesione. Si tratta di 9 misure per un ammontare totale di 15,9 miliardi di euro.

La proposta di definanziamento riguarda le seguenti misure:

- M2C4I2.2; “Interventi per la resilienza, la valorizzazione del territorio e l'efficienza energetica dei Comuni” - Ministero dell'interno - rimodulato a 6.000.000.000,00 euro;
- M5C2I2.1; “Investimenti in progetti di rigenerazione urbana, volti a ridurre situazioni di emarginazione e degrado sociale” - Ministero dell'interno - rimodulato a 3.300.000.000,00 euro;
- M5C2I2.2.C; “Piani urbani integrati” - Ministero dell'interno - rimodulato a 2.493.800.000,00 euro;
- M2C4I2.1.A; “Misure per la gestione del rischio di alluvione e per la riduzione del rischio idrogeologico” - Ministero dell'ambiente e della sicurezza energetica - rimodulato a 1.287.100.000,00 euro;
- M2C2I3.2; “Utilizzo dell'idrogeno in settori hard-to-abate” - Ministero dell'ambiente e della sicurezza energetica - rimodulato a 1.000.000.000,00 euro;
- M5C3I1.1.1; “Aree interne - Potenziamento servizi e infrastrutture sociali di comunità PCM” - Dipartimento politiche di coesione - rimodulato a 724.999.998,00 euro;
- M2C2I1.3; “Promozione impianti innovativi (incluso offshore)” - Ministero dell'ambiente e della sicurezza energetica - rimodulato a 675.000.000,00 euro;
- M5C3I1.2; “Valorizzazione dei beni confiscati alle mafie PCM” - Dipartimento politiche di coesione - rimodulato a 300.000.000,00 euro;
- M2C4I3.1; “Tutela e valorizzazione del verde urbano ed extraurbano” - Ministero dell'ambiente e della sicurezza energetica - rimodulato a 110.000.000,00 euro.

In aggiunta a quanto indicato dal Governo, lo scorso 8 settembre [Italia domani](#) ha pubblicato dei dataset di aggiornamento relativi ai progetti. Cioè, le opere e gli interventi concreti finanziati da misure del Piano nazionale di ripresa e resilienza. Come rilevato da [Openpolis](#), diversi progetti non risultano più inclusi tra quelli finanziati dal Piano. In particolare, 1.015 progetti non risultano più selezionati e finanziati dal PNRR, con l'aggiornamento di settembre. Si tratta di progetti per un ammontare complessivo di oltre 250 milioni di euro. La regione che registra una maggiore perdita di risorse PNRR è la Puglia (-62 milioni euro). Seguono con ampio distacco il Piemonte (-24,28), la Lombardia (-22,37) e il Veneto (-18,72).

Per quanto risulta possibile che le amministrazioni abbiano individuato, o individueranno, altre fonti di finanziamento, si coglie il dato di una mancanza di certezza, anche rispetto all'esito delle procedure PNRR. In molti casi questo è da legarsi ai tempi particolarmente serrati che l'articolo 18 del Regolamento europeo sul PNRR impone per la realizzazione delle opere. Ma, come emerso sia dalla Corte dei Conti, sia dagli intenti di revisione del Governo, una particolare problematica ha riguardato il rispetto degli obiettivi europei sull'ambiente e, in particolare, il principio di "non arrecare danno significativo". Non a caso, nella proposta di revisione del Governo, lo stralcio di numerosi progetti è motivato proprio dalla difficoltà di superare una verifica delle istituzioni europee circa il rispetto di tale principio. La stessa spiegazione potrebbe applicarsi agli interventi "scomparsi" da un aggiornamento all'altro della base dati.

3. L'attuazione della Missione 6 "Salute". Alcuni aggiornamenti

Tra i contenuti del PNRR di maggiore interesse per il terzo settore un ruolo centrale lo svolge la **Missione 6 "Salute", Componente 1 (M6C1)** "Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" cui sono stati destinati 7 miliardi di euro.

Sono state individuate tre linee di investimento **da attuare entro la metà del 2026**, tra queste:

- **l'investimento 1.1 (2 miliardi di euro)** per le "Case della Comunità e presa in carico della persona" che prevede l'attivazione di 1.288 Case della Comunità (CdC), che potranno utilizzare sia strutture già esistenti che di nuova realizzazione;
- **l'investimento 1.2 (4 miliardi di euro)** per le "Case come primo luogo di cura e telemedicina" che mira alla presa in carico domiciliare del 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti. In tale investimento rientrano 0,28 miliardi per l'istituzione delle Centrali Operative Territoriali (COT);

- **l'investimento 1.3 (1 miliardo di euro)** relativo al “Rafforzamento dell’assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)” che mira all’attivazione di 381 Ospedali di Comunità (OdC).

Per l’attuazione di tali obiettivi, è stato necessario adottare un complesso di normative di rango sia nazionale sia regionale. Anzitutto, il d.m. 77 del 2022 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale” pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 144 del 22 giugno 2022, cui hanno fatto seguito una serie di **Delibere regionali attuative**.

L’obiettivo dell’introduzione delle nuove strutture (Case della Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali) è la creazione di un sistema di riferimenti armonico nel territorio nazionale per l’erogazione (e il potenziamento) dei servizi assistenziali territoriali. La rete assistenziale unica che si intende creare con il sistema ospedaliero dovrebbe garantire l’insieme dei Livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria in tutte le fasi, dalla prevenzione, alla cura e alla riabilitazione. Queste strutture, infatti, rappresentano dei punti di riferimento per le cure primarie con caratteri di estensività assistenziale, e integrano il sistema ospedaliero caratterizzato da intensività assistenziale, orientamento alla produttività delle prestazioni, efficienza ed eccellenza.

Alla luce dell’impatto che le nuove strutture avranno sulla sanità territoriale e dell’esigenza di garantire elementi di uniformità in un contesto contraddistinto dalla forte autonomia organizzativa dei singoli sistemi sanitari regionali, Agenas³ ha provato a formulare alcune indicazioni progettuali, aventi lo scopo di formulare una sorta di “metaprogetto”.

Questo, mette a sistema i modelli organizzativi rilevanti, gli standard esistenti e le principali tematiche connesse agli interventi previsti nell’ambito della **Missione 6, Componente 1** “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale” del PNRR, che **definisce schemi funzionali, rapporti di prossimità e indicazioni progettuali relativi alle Case della Comunità, agli Ospedali di Comunità e alle Centrali Operative Territoriali**, considerate in un’ottica più ampia e integrata per il potenziamento dell’assistenza territoriale.

Anzitutto, lo studio si sofferma sui requisiti di accreditamento delle **Case della Comunità**, rilevando come:

³ Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, <https://www.agenas.gov.it/>

- nella normativa nazionale, PNRR e d.m. 77, essendo strutture di recente introduzione, non sono ancora stati definiti dei requisiti di accreditamento a livello nazionale, ma è stata condotta un'indagine sui requisiti legati ai singoli ambienti sanitari previsti nelle Case della Comunità;
- nella normativa regionale, al momento della stesura, non erano individuate normative regionali contenenti requisiti di accreditamento per le Case della Comunità o similari; ed è per questo motivo che, ai fini dell'analisi, sono stati considerati i requisiti di accreditamento regionali previsti per le Case della Salute e/o similari. In particolare, sono state approfondite per i requisiti di accreditamento le regioni: Calabria, Emilia-Romagna, Lazio, Marche, Molise, Sicilia e Toscana.

Per quanto riguarda, invece, gli **Ospedali di Comunità**:

- nella normativa nazionale, le informazioni su queste strutture sono presenti nel PNRR, nel d.m. 77 e nell'Allegato A dell'Intesa Stato-Regioni del 20 febbraio 2020, il quale ha provveduto a definire i requisiti di accreditamento a livello nazionale per gli Ospedali di Comunità;
- a livello regionale, essendo tali strutture già introdotte sul territorio nazionale, alcune regioni hanno provveduto ad emanare le proprie normative contenenti i requisiti di accreditamento. Le regioni dove è stato possibile reperire la normativa contenente i requisiti sono: Abruzzo, Emilia-Romagna, Lazio, Lombardia, Marche, Toscana e Veneto.

Infine, in riferimento alle **Centrali Operative Territoriali**:

- nella normativa nazionale, le informazioni su queste strutture sono contenute nel PNRR e nel d.m. 77, ma essendo strutture introdotte solo recentemente, non sono ancora stati definiti dei requisiti di accreditamento a livello nazionale;
- tra le regioni, al momento della disamina, non sono state individuate normative regionali contenenti requisiti di accreditamento per le Centrali Operative Territoriali.

Sulla base del quadro normativo ricostruito e degli obiettivi perseguiti dal PNRR, Agenas ha fornito alcune indicazioni sia in termini progettuali, sia in ottica organizzativa delle strutture sanitarie introdotte a seguito del percorso di riforma dei servizi territoriali avviato dalla Missione 6.

Gli obiettivi generali applicabili agli edifici dedicati alla rete sanitaria territoriale delle Case della Comunità vengono articolati nelle seguenti tre macro-aree:

- **Obiettivi sociali e urbani**, con particolare riferimento alle tematiche strategiche di:
 - urban health

- rigenerazione urbana
 - connessione e prossimità dei servizi
 - accessibilità, design for all e inclusione sociale
 - identità urbana e visibilità.
- **Obiettivi ambientali e climatici**, con particolare riferimento alle tematiche strategiche di:
 - efficientamento energetico (edifici e impianti)
 - comfort, benessere e salubrità degli ambienti
 - limitazione degli impatti antropici (aria, acqua, rifiuti, rumore, risorse, biodiversità)
 - resilienza ai cambiamenti climatici
 - greening urbano e servizi ecosistemici.
 - **Obiettivi architettonico-funzionali** per edifici dedicati alla rete sanitaria territoriale, con particolare riferimento alle tematiche strategiche di:
 - appropriatezza funzionale e architettonica degli spazi (efficacia, umanizzazione, ergonomia, igiene, salubrità, etc.)
 - sicurezza (safety and security)
 - flessibilità degli spazi (gestionale, tecnologica e impiantistica)
 - digitalizzazione del progetto e della gestione degli edifici
 - funzioni per l'innovazione digitale.

In riferimento alle **Case della Comunità**, le stesse sono organizzate in **macro-aree funzionali**, all'interno delle quali le unità spaziali sono raggruppate per funzioni omogenee.

In generale la Case della Comunità può essere strutturata in modo diverso a seconda dei servizi erogati (obbligatori e facoltativi) e dei relativi spazi, del contesto e del bacino d'utenza in cui essa è inserita. Di conseguenza la complessità della struttura varia in funzione della presenza e della tipologia dei servizi erogati a partire anche dal loro dimensionamento.

L'indicatore caratteristico della tipologia è il **grado di complessità**, dove per "grado di complessità" si intende il numero e il tipo di servizi forniti. Nella definizione delle Case della Comunità (CdC) vi sono due livelli di complessità (Hub e Spoke) così suddivisi:

- la **CdC Hub**, oltre a garantire l'erogazione dei servizi di assistenza primaria, offre anche attività specialistiche e di diagnostica di base;
- la **CdC Spoke** è prettamente finalizzata all'erogazione dei servizi di assistenza primaria.

In particolar modo il modello organizzativo delle CdC Hub, al fine di assicurare i servizi previsti, prevede che ci siano 7-11 Infermieri di famiglia o comunità (IFoC) così organizzati, come indicato dal d.m. 77:

- 1 Coordinatore infermieristico;
- 2-3 IFoC per le attività ambulatoriali;
- 1-2 IFoC per l'attività di triage e di valutazione dei bisogni di salute;
- 4-6 IFoC per l'assistenza domiciliare, le attività di prevenzione e teleassistenza.

Si pone, quindi, il tema della **localizzazione delle Case della Comunità (CdC)** e del loro inserimento nel contesto urbano. Gli elementi programmatici di rilievo per la definizione delle CdC riguardano principalmente la gestione delle relazioni, l'interconnessione funzionale tra strutture ospedaliere e territoriali, tra attività sanitarie e assistenziali per garantire continuità e presa in carico e, infine, la definizione della localizzazione sul territorio e della tipologia in base alla complessità.

Come noto, il d.m. 77 ha individuato due tipologie di Casa della Comunità, distinguendole per dimensioni e diffusione sul territorio: Hub e Spoke.

Il d.m. 77 prevede una Casa della Comunità Hub ogni 40.000-50.000 abitanti, mentre non è previsto un numero predeterminato di Case della Comunità Spoke che, in quanto concepite con funzioni di supporto agli Hub, possono avere una diversa capillarità in relazione alle diverse istanze locali e geografiche.

I servizi devono essere organizzati in relazione alle esigenze sanitarie e proporzionati secondo il bacino di utenza di riferimento. Le funzioni specialistiche che si affiancano ai servizi di assistenza primaria possono variare sia in relazione al loro livello di preesistenza nell'area di pertinenza della CdC sia in relazione a scelte strategiche definite a priori e relative ai servizi e alle prestazioni da erogare.

In generale, nella programmazione di queste strutture, all'interno di una rete di strutture sanitarie già esistenti, rivestono fondamentale importanza sia la **localizzazione per la tipologia di contesto di riferimento** e per il riuso di edifici esistenti e/o la realizzazione di una nuova costruzione, sia il **dimensionamento** rispetto al territorio di riferimento, alla presenza e il livello dei servizi previsti.

Tra i fattori particolarmente influenti, infatti, vi è **localizzazione** delle singole Case della Comunità (CdC) oppure strutture integrate con l'Ospedale di Comunità (OdC) e/o Centrali Operative Territoriali (COT) valutando la possibilità di insediare tali strutture:

- all'interno di **poli ospedalieri o edifici sanitari già operativi** (edifici e/o porzioni della struttura);

- in **presidi autonomi** all'interno di edifici esistenti oppure con la realizzazione di una nuova costruzione.

La scelta andrebbe valutata in relazione alla disposizione di edifici esistenti e/o di terreni ove poter inserire tali architetture. Per definire la più adeguata localizzazione di una CdC oppure di una struttura integrata con l'OdC e/o COT, sotto il profilo metodologico, occorre effettuare alcune **analisi preliminari** secondo due scale di lettura che vanno considerate strettamente interrelate per informare le conseguenti scelte operative:

- a **scala territoriale** che suggerisce di analizzare:
 - la rete ospedaliera esistente e programmata;
 - la rete dei servizi sanitari complementari esistenti e programmati;
 - il bacino d'utenza attuale e potenziale;
 - il sistema infrastrutturale esistente e programmato;
 - il sistema ambientale in tutta la sua complessità;
- a **scala locale**, dove occorre considerare:
 - la disponibilità, la conformazione fisica dei luoghi, le caratteristiche e le dimensioni dell'area;
 - la posizione ottimale rispetto ai flussi e al bacino d'utenza;
 - il grado di accessibilità attraverso le principali infrastrutture viarie e di trasporto pubblico;
 - le caratteristiche e la localizzazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali esistenti;
 - le caratteristiche del manufatto architettonico, se esistente.

In generale la buona pratica prevede che, ove disponibili strutture in disuso nel territorio comunale, l'inserimento di una **CdC** (oppure una struttura integrata con OdC e/o COT) **in un edificio esistente** può risultare la soluzione più ottimale per **garantire un'occasione di rigenerazione urbana, ridurre l'impatto sull'ambiente lavorando su strutture esistenti e permettere di valorizzare il patrimonio costruito esistente.**

È ben risaputo infatti che il patrimonio costruito dismesso è uno dei beni più preziosi del nostro Paese e una difficile problematica delle città. È evidente che un tale patrimonio può rappresentare una notevole risorsa. In questo macro-ambito, la quota parte delle strutture ospedaliere dismesse è incisiva. La riqualificazione degli edifici ospedalieri abbandonati rappresenta un caso estremamente complesso nell'ambito del recupero del patrimonio edilizio dismesso per le peculiarità architettoniche che contraddistinguono questi ambiti edilizi, spesso molto vasti. Le tre tipologie architettoniche che

caratterizzano storicamente questi edifici (a padiglione, monoblocco o poliblocco, utilizzate a seconda della tipologia e delle modalità di terapia da applicare) sono massive, governate spazialmente da dinamiche molto rigide. La loro conformazione fisica e la loro localizzazione sono alcuni dei punti critici dei processi di riconversione e il loro adattamento contemporaneo risulta maggiormente compatibile con funzioni di *low care*, servizi sociali, *hospitality* e/o uffici, soluzioni infatti molto comuni nei processi di recupero. In relazione proprio alla programmazione delle CdC, il riuso adattivo di strutture esistenti potrebbe essere strategico.

Ciò non esclude anche di prendere in considerazione strutture in disuso che in precedenza hanno ospitato funzioni diverse da quelle sanitarie, dal momento che i servizi della Casa della Comunità risultano di bassa complessità (*low medium care*). Pertanto, in relazione all'**analisi sulle potenzialità di riuso di edifici esistenti**, è necessario sottolineare che gli interventi di riuso spesso si scontrano con vincoli e condizioni che rendono difficile garantire prestazioni che rispettino i requisiti strutturali, tecnologici, ambientali e organizzativi appropriati. Allo scopo è opportuno esaminare i diversi vincoli:

- storici e artistici;
- economici, connessi alla tipologia strutturale e costruttiva dell'edificio, e alle doverose opere da integrare, soprattutto dal punto di vista impiantistico;
- urbanistici e localizzativi;
- accessibilità;
- dimensionali dell'area e/o dell'edificio di riferimento.

Al fine di adottare una scelta adeguata e coerente in merito a queste specificità, occorre effettuare un'**analisi preliminare della efficacia e convenienza di riutilizzo del patrimonio esistente** basata su parametri quali:

- rispetto del programma edilizio e livello della risposta tecnologica in base alle richieste di prestazioni;
- analisi del comportamento funzionale della struttura;
- confronto con le richieste del programma edilizio e individuazione delle criticità;
- introduzione di azioni correttive e migliorative necessarie;
- verifica congruenza funzionale della struttura.

Si tratta di scelte che devono essere attuate senza prescindere dal garantire **un'adeguata accessibilità dell'area**, sulla base di una conoscenza approfondita delle realtà territoriali, ottenibile attraverso un'analisi della loro vocazione. Pertanto, alla rilevazione dei bisogni di salute del bacino d'utenza e

all'analisi delle caratteristiche di accessibilità si unisce la verifica delle caratteristiche naturali e antropiche del territorio fisico di riferimento, soprattutto in quei contesti in cui la CdC risponde alle esigenze di più contesti urbani, e pertanto deve essere localizzata in aree che possa garantire un'adeguata raggiungibilità e fruibilità della struttura.

Le considerazioni di Agenas relativamente alla localizzazione delle strutture tengono conto anche di alcune ulteriori considerazioni in relazione alla disponibilità di strutture esistenti e/o aree libere adeguate alle necessità della funzione da ospitare:

- se la CdC ha un bacino che corrisponde ad un intero Comune o una parte di esso, è preferibile una localizzazione all'interno del contesto urbano, a condizione che l'area sia facilmente accessibile e raggiungibile da tutti i cittadini anche con il trasporto pubblico;
- se la CdC serve invece più Comuni, è necessario valutare di localizzare la struttura:
 - o in un'area baricentrica rispetto ai centri urbani, se il numero di cittadini è simile tra un Comune e l'altro, per garantire equità tra tutti, oltre al fatto che l'area sia facilmente accessibile e raggiungibile da tutti i cittadini anche con il trasporto pubblico;
 - o all'interno del centro urbano di uno dei Comuni di riferimento, magari quello con un bacino di utenti maggiore, a condizione che sia facilmente accessibile e raggiungibile da tutti i cittadini anche con il trasporto pubblico.

Dal d.m. 77 Agenas ha ricavato alcune **macro-aree omogenee** per tipologia di funzione da erogare (servizi sanitari, cure primarie, servizi logistici, etc.). A ciascuna macro-area, a sua volta, corrispondono diverse **aree funzionali sanitarie e non sanitarie**. Infine, ogni area funzionale è caratterizzata da diverse **unità ambientali**.

In particolare:

- **macro-area “Specialistica”** che ospita tutti i servizi di natura sanitaria quali: servizi di diagnosi e cura con la presenza di diagnostica di base; area prelievi; servizi ambulatoriali e quelli specialistici;
- **macro-area “Cure primarie”** che accoglie tutti gli spazi per la medicina di gruppo, tra cui i Medici di medicina generale (MMG); Pediatria di libera scelta (PLS); e gli Infermieri di famiglia o comunità (IFoC);
- **macro-area “Assistenza di prossimità”** che ospita: assistenza medica H24/12; servizi infermieristici, il Punto unico di accesso (PUA) sanitario e amministrativo; nonché uno sportello e uffici per i servizi socio-sanitari (la presenza di un assistente sociale, di prevenzione, di assistenza domiciliare, etc.);

- **macro-area “Servizi generali e logistici”** che accoglie tutte le funzioni non sanitarie che permettono il funzionamento della struttura quali: accoglienza utenti e personale sanitario; aree logistiche; e locali tecnici. Questa macro-area può essere suddivisa in:
 - servizi di accoglienza per gli utenti (area CUP, area amministrativa, etc.);
 - servizi di accoglienza per il personale sanitario e non (spogliatoi, aree relax, locale coordinatore, etc.);
 - servizi logistici (archivi, magazzini, depositi, etc.);
 - locali tecnici (locali tecnici, centrale tecnologica, locali UTA, etc.).

A sua volta, l’articolazione delle aree funzionali è segnata dalle necessità di garantire quelle obbligatorie in termini organizzativi secondo il d.m. 77 e quelle facoltative nello stesso previste.

Infine, sia le Case della Comunità Hub, sia quelle Spoke potrebbero essere insediate all’interno di una struttura che ospita anche un Ospedale di Comunità e una Centrale Operativa Territoriale. In tal caso diversi spazi associati alla macro-area “Servizi generali e logistici” potrebbero essere dimensionati in maniera tale da efficientare l’uso degli spazi.

Agenas suggerisce, pertanto, uno schema di insieme delle tre tipologie integrate nel medesimo complesso, contraddistinta da:

- prossimità tra l’OdC e la macro-area specialistica della CdC (ambulatori specialistici, diagnostica di base, ecc.), in caso di evenienza;
- prossimità tra la COT e la macro-area assistenza di prossimità della CdC ove sono localizzati i servizi infermieristici e il PUA, che potrebbero avere, sebbene in maniera marginale, possibili relazioni tra di loro.

3.1. Casa come primo luogo di cure. Novità sul riparto delle risorse

Lo scorso 12 ottobre, è stata raggiunta un’intesa in Conferenza Stato-Regioni, relativamente allo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze, di modifica del decreto del Ministro della salute del 23 gennaio 2023 concernente la ripartizione delle risorse PNRR relative all’investimento M6, C1-1.2.1 “Casa come primo luogo di cura (ADI)”. L’intesa persegue, anzitutto, una differenziazione nell’oggetto che la Commissione europea andrà a considerare (e la Commissione dovrà recepire) per la verifica del raggiungimento del target⁴:

⁴ Il target è riferito al numero di assistiti tramite la misura “Casa come primo luogo di cura” in rapporto alla popolazione residente nel territorio.

- per le regioni/province autonome che hanno raggiunto il proprio obiettivo finale verrà considerato il numero degli assistiti che determina il superamento dei target assegnati a livello regionale/provinciale;
- per le regioni/province che non hanno raggiunto il proprio obiettivo finale di assistiti in rapporto alla popolazione, viene considerato l'incremento degli assistiti over 65 presi in carico con lo strumento, rispetto alla base dati 2019.

Una distinzione che è funzionale a premiare non solo quelle realtà che hanno conseguito gli obiettivi, ma anche le autonomie che hanno compiuto sforzi importanti di avvicinamento al target. D'altro canto, nella stessa intesa, Governo e Regioni convengono che il decreto indicherà anche meccanismi sanzionatori con l'obiettivo di recuperare, per le regioni/province che non hanno raggiunto pienamente il target finale, le somme complessivamente erogate a titolo di anticipazione nelle diverse annualità del Piano che risultano eccedenti rispetto al numero di assistiti effettivamente registrati a fine periodo, anche considerando la valorizzazione dello sforzo di avvicinamento e la valorizzazione degli assistiti incrementali effettivamente registrati fino a fine periodo. Strumento sanzionatorio che sembra perseguire l'obiettivo di compensare la precedente differenziazione ed evitare una discriminazione inversa a favore delle regioni e province autonome che non hanno raggiunto gli obiettivi fissati che potrebbero vedersi riconosciute delle somme ampiamente eccedenti le necessità per la copertura della spesa della misura.

3.2. Rete di assistenza territoriale. Le linee di indirizzo relative all'Infermiere di famiglia o comunità

Sempre tra le recenti attività di Agenas si rileva l'adozione delle linee di indirizzo relative all'Infermiere di famiglia o di comunità. La figura, introdotta con il Piano nazionale della prevenzione 2020-2025, adottato il 6 agosto 2020 con Intesa in Conferenza Stato-Regioni, intende proporre un modello organizzativo «per la realizzazione di processi appropriati di prevenzione e promozione della salute» per il quale «è necessario attuare interventi multiprofessionali anche con il coinvolgimento di figure di prossimità, come ad esempio l'Infermiere di Famiglia e di Comunità, ovvero professionisti che abbiano come setting privilegiati gli ambienti di vita della persona e che agiscano in modo proattivo, in rete con tutti i servizi socio sanitari e gli attori sociali del territorio per l'utenza portatrice di bisogni sanitari e sociali inscindibilmente legati tra loro».

Il progressivo invecchiamento della popolazione, l'incremento di persone con almeno una patologia cronica, la riduzione delle dimensioni delle famiglie richiedono l'adozione di un modello assistenziale

sostanzialmente differente da quello centrato sull'ospedale, orientato verso un'offerta territoriale, che valorizzi un approccio più focalizzato sul contesto di vita quotidiana della persona. L'assistenza sanitaria territoriale diventa luogo elettivo per attività di prevenzione e promozione della salute, percorsi di presa in carico delle persone affette da cronicità e della personalizzazione garantendo anche continuità relazionale, in stretta correlazione con il Piano nazionale della cronicità e il Piano nazionale della prevenzione.

L'introduzione dell'Infermiere di famiglia o di comunità (IFoC) si inserisce in tale contesto, con l'obiettivo di rafforzare il sistema assistenziale sul territorio, finalizzato a promuovere una maggiore omogeneità ed accessibilità dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, favorendo l'integrazione delle diverse figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di comunità.

L'IFoC è un professionista che, garantendo una presenza continuativa nell'area/ambito o comunità di riferimento:

- assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità, in collaborazione con i professionisti presenti nella comunità (Medici di medicina generale/ Pediatria di libera scelta, assistente sociale, professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, infermieri di Assistenza domiciliare integrata, etc.), perseguendo l'integrazione interdisciplinare con altri servizi infermieristici, sanitari e sociali presenti sul territorio e ponendo al centro la persona. L'IFoC non è solo un erogatore di assistenza sanitaria, ma anche un potenziale attivatore di servizi assistenziali per bisogni socio-sanitari latenti, anche nella comunità, al fine di fornire risposte globali e personalizzate per sostenere la salute e la qualità di vita delle persone;
- ha un forte orientamento alla prevenzione e alla gestione proattiva della salute e ricopre diverse funzioni a seconda del contesto in cui opera. Svolge la sua attività sul territorio, a seconda dei modelli organizzativi regionali, in collaborazione con i servizi aziendali specifici, agendo in modo proattivo per la promozione di idonei stili di vita, l'intercettazione precoce dei bisogni e la loro presa in carico;
- si attiva per facilitare e monitorare percorsi di presa in carico e di continuità dell'assistenza in forte integrazione con le altre figure professionali del territorio;
- svolge la sua attività inserito in una più ampia rete di protezione sanitaria e sociale, in grado di attivare e supportare le risorse di pazienti e caregiver, del volontariato, del privato sociale, e più in generale della comunità.

Secondo le linee di indirizzo di Agenas, l'intervento dell'Infermiere di famiglia o di comunità si realizzerebbe sostanzialmente in tre ambiti:

- a livello ambulatoriale, come punto di incontro in cui gli utenti possono recarsi per ricevere: (a) informazioni, per orientare meglio ai servizi; e (b) prestazioni incluse nei Livelli essenziali di assistenza rivolti alla prevenzione collettiva, alla sanità pubblica, e all'assistenza di base (Dpcm del 12 gennaio 2017), inclusi interventi di educazione alla salute;
- a livello domiciliare, per valutare i bisogni del singolo e della famiglia e organizzare l'erogazione dell'assistenza, valutando, per le situazioni assistenziali a medio-alta complessità, l'attivazione della rete territoriale e dell'Assistenza domiciliare integrata (ADI);
- a livello comunitario, con attività trasversali di promozione ed educazione alla salute, integrazione con i vari professionisti tra ambito sanitario e sociale, mappatura e attivazione di possibili risorse formali e informali.

Inoltre, l'intervento dell'Infermiere di famiglia o di comunità si realizzerebbe presso strutture residenziali e intermedie (strutture socio-sanitarie) con attività di consulenza, monitoraggio e attivazione di risorse in base ai bisogni rilevati, per garantire la continuità assistenziale tra i diversi contesti di cura. Sempre nelle linee di indirizzo sono individuate una lunga e dettagliata serie di competenze (c.d. *core*) e le modalità di inserimento nei diversi ambiti.

3.3. Le infrastrutture sociali di comunità

L'iniziativa **Infrastrutture sociali di comunità**⁵ mira a promuovere soluzioni a problemi di disagio e fragilità sociale, mediante la creazione di nuovi servizi e infrastrutture sociali e/o il miglioramento di quelli esistenti, favorendo l'aumento del numero di destinatari e/o la qualità dell'offerta, anche facilitando il collegamento e l'accessibilità ai territori in cui sono ubicati i servizi stessi, sotto forma di trasferimenti destinati alle autorità locali.

Per accelerare le procedure relative all'attuazione degli interventi, è stata recentemente attivata una nuova modalità online di presentazione di:

1. [richieste risorse a titolo di anticipazione](#);
2. [variazioni progettuali](#);
3. [FAQ](#);
4. [comunicazione dei Titolari Effettivi](#).

La modalità online sostituisce quella tradizionale mediante PEC.

⁵ <https://www.agenziacoesione.gov.it/bandi-agenzia/avviso-pubblico-per-la-presentazione-di-proposte-di-intervento-per-servizi-e-infrastrutture-sociali-di-comunita-da-finanziare-nellambito-del-pnrr/>

Sono state, inoltre, recentemente pubblicate le [linee guida](#) rivolte ai soggetti attuatori per l'attuazione, il monitoraggio e la rendicontazione, in questo ambito. Queste sono composte, anzitutto, da un'illustrazione del quadro normativo di riferimento, la *governance* degli interventi interessati e da un approfondimento del ruolo dei soggetti attuatori.

Fanno seguito a tali indicazioni, chiarimenti e indicazioni ai soggetti attuatori in merito al corretto svolgimento delle procedure di rendicontazione e controllo degli interventi, compresa l'attività di gestione amministrativo-contabile, al fine di garantire il rispetto dei requisiti e delle specifiche condizionalità del PNRR associate all'investimento, dei principi trasversali del PNRR, nonché del principio "Do No Significant Harm" (DNSH)⁶ che prevede che gli interventi non arrechino nessun danno significativo all'ambiente.

Infine, sono indicate le modalità operative che, con specifico riferimento alle attività di monitoraggio dei progetti, attraverso una corretta implementazione dei dati relativi alle fasi di programmazione ed esecuzione da parte dei soggetti attuatori, garantiranno la correttezza delle informazioni relative allo stato di avanzamento dei medesimi.

4. Le misure del PNRR per la Missione 5 "Inclusione e coesione" e l'istituto della co-progettazione

Diversi ambiti territoriali sociali ammessi al finanziamento a valere sull'avviso pubblico n. 1/2022 PNRR hanno ricevuto quesiti riguardanti il ricorso all'istituto della co-progettazione di cui all'articolo 55 del d.lgs. n.117/2017 (Codice del Terzo settore) ed alle attività per le quali l'istituto in questione è attivabile. Il Ministero del lavoro e delle politiche sociali ha, quindi, chiarito in una nota del 7 luglio alcuni aspetti relativi all'uso di tale istituto nell'ambito della Missione 5.

Anzitutto, in riferimento alle **attività oggetto** di co-progettazione, richiamando il d.m. n. 72/2021, ha sottolineato come sia incompatibile, con l'istituto, l'avviso pubblico o il documento progettuale di massima, eventualmente allegato all'avviso medesimo, che già contenga un'indicazione dettagliata dei servizi da realizzare. La configurazione di tale livello di dettaglio sarebbe contraria agli obiettivi della co-progettazione in cui la concreta articolazione dei servizi dovrebbe essere la risultanza *ex post* dell'apporto plurale dei diversi soggetti che hanno partecipato al tavolo di co-progettazione.

Laddove, invece, tali servizi siano completamente dettagliati, questi sarebbero il risultato di una valutazione *ex ante* unilateralmente fatta dalla P.A. che non lascerebbe alcuno spazio alla co-progettazione. In questi casi, pertanto, si deve ritenere che il percorso correttamente esperibile da

⁶ <https://www.italiadomani.gov.it/it/Interventi/dnsh.html>

parte della P.A. è il procedimento dell'appalto di servizi, disciplinato dal codice dei contratti pubblici, *ratione temporis* applicabile alla concreta fattispecie.

In riferimento **specifico** alla Missione 5, Componente 2 “Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore”, i dubbi concernevano la possibilità di far ricorso all’istituto per l’intero progetto, includendo anche le attività di ristrutturazione degli immobili e di fornitura di servizi, oltre alle indicazioni circa le modalità di individuazione e/o realizzazione da parte dell’ente del terzo settore (ets) dell’intervento infrastrutturale. La nota ministeriale, sottolineando la stretta **connessione funzionale** tra intervento strutturale e le attività di interesse generale che nell’immobile dovrebbero svolgersi, ritiene che sia giustificata la **possibilità di contemplare tra le attività oggetto di co-progettazione anche interventi di riqualificazione o di ristrutturazione edilizia**.

Poiché tali interventi non possono essere realizzati, nella maggior parte dei casi, direttamente dagli ets in ragione della loro finalità, attività e struttura organizzativa, questi ultimi saranno chiamati a delegare la loro realizzazione ad un soggetto terzo. Nell’individuazione di detto operatore, se da un lato gli ets non sono configurabili come stazioni appaltanti tenute all’applicazione del codice dei contratti pubblici, dovranno comunque attivare, in ragione della natura pubblica del finanziamento destinato a copertura dei lavori compresi nella co-progettazione, procedure ispirate ai principi del suddetto codice dei contratti pubblici. Tali procedure dovranno essere documentate in forme adeguate, così da assicurare la conoscibilità delle scelte effettuate.

4.1. Attività di inclusione sociale di categorie di soggetti fragili e vulnerabili: nuove FAQ

L’avviso 1/2022 del PNRR intende agevolare le attività di inclusione sociale di categorie di soggetti fragili e vulnerabili come famiglie e bambini, anziani non autosufficienti, disabili e persone senza dimora. Nello specifico la misura prevede interventi di:

- rafforzamento dei servizi a supporto delle famiglie in difficoltà;
- soluzioni sugli alloggi e dotazioni strumentali innovative rivolte alle persone anziane per garantire loro una vita autonoma e indipendente;
- servizi socio assistenziali domiciliari per favorire la deistituzionalizzazione;
- forme di sostegno agli operatori sociali per contrastare il fenomeno del *burnout*;
- iniziative di housing sociale di carattere sia temporaneo che definitivo.

I destinatari di tali interventi sono principalmente gli Ambiti territoriali sociali (ATS) o i singoli Comuni.

Per agevolare il compito sia delle amministrazioni precedenti, sia degli enti che contribuiscono a tali attività, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali ha pubblicato delle [Faq](#), recentemente [aggiornate](#).

5. Lo stato di attuazione degli interventi del PNRR in Toscana

Anche a livello toscano, sono stati analizzati gli investimenti del PNRR nell'ambito del primo semestre del 2023, con particolare riguardo al rapporto con il contestuale periodo dell'anno antecedente. L'oggetto principale di attenzione riguarda il livello di finalizzazione delle procedure di appalto e gli importi di opere assegnate. Si registra, in particolare, un aumento notevole delle procedure avviate in termini di importi stanziati (2,4 miliardi di euro), con un incremento percentuale del 170% rispetto allo stesso periodo dell'anno antecedente. In riferimento alla tematica dei progetti definanziati, il complesso di tali tagli sarebbe di circa 940 milioni di euro, perlopiù concentrati (90%) tra quelli presentati dai Comuni.

L'ammontare complessivo delle risorse arrivate in Toscana attraverso il PNRR e il Piano nazionale per gli investimenti complementari sino a questo momento sarebbe pari a 13 miliardi di euro. Finanziamenti da dividersi tra opere totalmente coperte per poco più di 8 miliardi e cofinanziamenti. Da un punto di vista progettuale, si tratterebbe di oltre 12mila progetti già censiti, ripartiti tra: digitalizzazione, cultura e imprese (1,4 miliardi di euro); ambiente, agricoltura e mobilità sostenibile (2,8 miliardi di euro); ferrovie e porti (2,8 miliardi di euro); istruzione e ricerca (1,7 miliardi di euro); lavoro, sport e coesione territoriale (1,3 miliardi di euro); e 974 milioni destinati alla sanità. A questi fondi, andrebbero aggiunti i finanziamenti ricevuti nell'ambito del Piano nazionale per gli investimenti complementari (1,7 miliardi di fondi).

Con particolare riferimento al PNRR in ambito sanitario, si segnala il proseguimento dei lavori per la realizzazione di Case ed Ospedali di Comunità con l'obiettivo di completarli entro la scadenza del programma PNRR (2026). Si segnalano, in particolare, lo stanziamento regionale di circa 215 milioni di euro per contribuire al progetto di ripensamento della sanità territoriale da parte della Regione, ad integrazione dei fondi PNRR. Inoltre, anche sul versante della messa in sicurezza, la Toscana ha contribuito con stanziamenti propri alla messa a norma antisismica dei nosocomi, procedendo alla stipula di per 29 interventi, mentre altri 7 saranno finanziati dal PNRR.

6. I servizi sociali in Toscana. Livelli essenziali e note organizzative nel rapporto 2022/2023

L'Osservatorio Sociale Regionale ha recentemente presentato il Rapporto annuale sui servizi sociali in Toscana 2022/2023⁷. All'interno dello stesso è presente una valutazione dello stato dell'arte in relazione all'attitudine a garantire i Livelli essenziali di prestazioni (LEP) nel territorio regionale. In questo ambito, i Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) sono definiti principalmente dalla Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali, l. n. 328 del 2000, e dal Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023. A livello regionale, con la legge di bilancio 2022 (l. n. 234 del 2021) si è inteso definire sia i Livelli essenziali delle prestazioni sociali a livello regionale, sia una qualifica degli Ambiti territoriali sociali come sede per la programmazione, il coordinamento e la realizzazione dei servizi e delle attività necessarie al loro soddisfacimento. Con richiamo al Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023, vengono individuate alcune attività prioritarie, in particolare:

- area delle azioni di sistema;
- punti univoci di accesso;
- supervisione del personale dei servizi sociali;
- potenziamento professioni sociali;
- prevenzione allontanamento familiare (Programma di intervento per la prevenzione dell'istituzionalizzazione)

Per il soddisfacimento di questi Livelli essenziali delle prestazioni sociali sono destinate specifiche risorse nell'ambito del PNRR, Missione 5.

L'ambito territoriale sociale, quale area di verifica ed operatività dei LEPS, è fatto coincidere con le zone-distretto, in cui l'integrazione dei servizi socio-sanitari è realizzata attraverso il modello delle Società della Salute (ente di diritto pubblico, costituito in forma di consorzio composto dagli enti locali e dall'azienda Usl compresi negli ambiti territoriali della medesima zona-distretto - Titolo V, Capo III bis, l.r. 40/2005) o tramite un sistema convenzionale tra i comuni e l'Ausl. La trasformazione in singoli interventi degli obiettivi perseguiti dal Piano nazionale è, quindi, affidata all'operatività delle zone distretto/SdS, attraverso la predisposizione di un Piano integrato di salute attraverso cui si intende realizzare una programmazione unitaria dei servizi territoriali sanitari e sociali. Al contempo, nel Piano dovrebbe essere accolta anche una programmazione pluriennale circa lo sviluppo del sistema dei servizi nell'ambito zonale.

⁷ <https://www.regione.toscana.it/-/terzo-rapporto-sui-servizi-sociali-in-toscana-2022-2023>

La Regione Toscana ha elaborato l'Atto di programmazione regionale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà 2021-2023. Il Piano prevede la costruzione di contesti territoriali caratterizzati da:

1. la definizione di Livelli essenziali delle prestazioni sociali;
2. la definizione di obiettivi di servizio;
3. un approccio multidimensionale ai processi di impoverimento e di inclusione sociale;
4. la definizione di percorsi di presa in carico integrati universalistici basati su accessi integrati e l'attivazione di équipes multiprofessionali per la valutazione di bisogni complessi;
5. un welfare di comunità che, all'interno di una cornice condivisa, promuova processi di partnership tra risorse pubbliche e private caratteristici e differenti a seconda delle diversità territoriali;
6. la centralità dei processi di programmazione collegati sia ai Piani integrati di salute sia ai Piani zonali per l'inclusione e per la promozione della *governance* integrata, della partecipazione e della sinergia tra politiche di settore convergenti.

Gli interventi del PNRR in questo ambito accentuano l'esigenza di un sistema di programmazione multilivello, in cui la contemporanea operatività di diverse fonti di finanziamento è necessaria a garantire il raggiungimento degli obiettivi posti dal sistema dei Livelli essenziali delle prestazioni. Questo approccio dovrebbe contraddistinguere anche la partecipazione ai bandi PNRR, in cui l'obiettivo di integrazione tra i progetti proposti all'interno del programma ed il complesso delle iniziative e attività messe in campo nell'ambito dovrebbe essere finalizzato ad evitare frammentazioni nelle risposte alla cittadinanza e/o sovrapposizioni e dispersione delle risorse.

In particolare, la Missione 5 del PNRR andrebbe concepita, quindi, come un'opportunità da inserire e intersecare con gli obiettivi legati ai temi dell'inclusione sociale, piuttosto che come singole risorse assegnate a progetti specifici ed immesse in un sistema operante con programmazioni e obiettivi pluriennali definiti in maniera autonoma. In tale direzione, peraltro, si colloca anche la decisione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali di assegnare le risorse PNRR della Missione 5 direttamente agli ambiti territoriali sociali, a seguito di una manifestazione di interesse regionale. Uno degli obiettivi perseguiti a livello regionale è stato quello di incentivare gli intrecci programmatici e negli obiettivi perseguiti dalle azioni delle varie amministrazioni, incentivando incontri e percorsi formativi allo scopo.

A livello toscano, sono riconducibili alla Missione 5, le seguenti attività:

- sostegno alle capacità genitoriali e prevenzione della vulnerabilità di famiglie e bambini (20 progetti, per un budget complessivo di 4 milioni 230 mila euro);

- autonomia degli anziani non autosufficienti (8 progetti, con un budget di 19 milioni 680 mila euro);
- rafforzamento dei servizi sociali domiciliari e dimissione anticipata assistita e ospedalizzazione (13 progetti, per un complessivo di 4 milioni 290 mila euro);
- rafforzamento dei servizi sociali e prevenzione del fenomeno del *burnout* tra gli operatori (13 progetti, per un totale di 2 milioni 730 mila euro);
- percorsi di autonomia delle persone con disabilità (42 progetti, per un budget di oltre 30 milioni);
- povertà estrema e Housing First, Stazione di posta (20 progetti complessivi, per 14 milioni 200 mila euro);
- Centri servizi per il contrasto della povertà⁸ (20 progetti, per complessivamente 21 milioni 800 mila euro).

Anche accogliendo le sollecitazioni contenute nel documento Agenas precedentemente esposto, si è resa necessaria anche una collaborazione tra gli assessorati al sociale ed alla sanità per la realizzazione delle Case della Comunità, pur riconducibili alla Missione 6 del PNRR. La sinergia tra i due ambiti ha perseguito l'obiettivo di integrare i servizi socio-sanitari e realizzare un'ipotesi di sperimentazione relativamente all'inserimento nelle strutture dei Punti unici di accesso (PUA - definiti da Regione Toscana, Punti di interesse) all'interno delle strutture. Si tratta di un obiettivo perseguito anche a livello ministeriale attraverso la qualifica dell'individuazione di una sede unica, in cui avviare il percorso di presa in carica come Livello essenziale delle prestazioni. Attraverso l'inserimento dei PUA nel contesto delle strutture delle Case della Comunità, si intendono perseguire i requisiti di facile individuabilità, di spazi e contesti di lavoro integrate e multiprofessionali e della presenza di operatori adeguatamente formati, di équipe per la presa in carico dei bisogni complessi delle persone, sia sul versante sociale che sul versante sanitario, ritenuti essenziali al raggiungimento del LEP. Attraverso il Punto unico di accesso si intende, quindi, realizzare quell'integrazione dei servizi di segretariato sociale all'interno di una struttura unica di riferimento per i bisogni socio-sanitari che costituisce uno degli elementi contraddistintivi del ripensamento della sanità territoriale avviato con il PNRR.

Un'impostazione di integrazione simile è prevista anche attraverso la realizzazione in ogni zona distretto/Società della Salute di almeno un Centro per le famiglie (o generico polo di riferimento) come luogo in cui garantire la risposta ai bisogni e alle istanze delle famiglie, in stretta connessione con le attività socio-sanitarie, sanitarie e sociali erogate nelle Case della Comunità. L'integrazione consentirebbe di definire modelli personalizzati per la cura ed il sostegno delle famiglie, dei minori e

⁸ Delibera della Giunta Regionale Toscana, n. 557 del 16 maggio 2022.

degli adolescenti, rafforzando il ruolo dei servizi sociali territoriali e le strutture ed i servizi socio-sanitari di prossimità. Il metodo proposto da Regione Toscana di integrazione dei servizi si basa, oltre che sulla copresenza fisica, anche sullo sviluppo di strumenti e metodi innovativi, da sviluppare anche attraverso la co-progettazione con gli enti del terzo settore, accogliendo le ampie aperture in materia presenti nella recente nota ministeriale.