

Politiche e governo del welfare <<https://welforum.it/area/politiche-governo-welfare/>>

## PNRR: una prima analisi dell'impatto sul welfare sociale e sociosanitario

Laura Pelliccia <<https://welforum.it/autori/laura-pelliccia/>> | 27 Maggio 2021

### Quali riforme prevede il PNRR del Governo Draghi per il welfare territoriale?

**Quali investimenti accompagneranno tali processi e secondo quali logiche? In cosa si differenzia la proposta definitiva rispetto alle precedenti versioni?**

A fine aprile è stato approvato il PNRR, un programma straordinario di riforme e investimenti di portata di medio lungo periodo (2022-2026) con lo scopo della ripresa del Paese. In precedenza, prima dell'avvento del nuovo Governo, erano circolate altre bozze del Piano.

In questo passaggio cercheremo di rappresentare le implicazioni per il settore del welfare alla persona (sociale e sociosanitario). Pur nella consapevolezza che altre missioni riconoscono sostegni a servizi che storicamente venivano classificati nel perimetro del welfare (es. sostegno ai servizi socioeducativi per la prima infanzia), si ritiene importante un focus limitato all'attuale concetto del welfare alla persona vero e proprio.

Cercheremo di fare una sintesi degli interventi previsti, evidenziando, ove possibile, le novità rispetto alle ipotesi circolate all'epoca del Governo Conte.

### La portata del Piano e i principali interventi in area welfare

Il PNRR inviato a Bruxelles dal governo Draghi prevede un investimento complessivo, nell'arco 2022-2026 di 191,5 miliardi (circa 19 in meno rispetto alla bozza del precedente Governo); alle missioni "inclusione/coesione" e "salute" sono dedicati rispettivamente 19,8 e 15,63 Miliardi, con un peso rispetto all'investimento complessivo più contenuto rispetto a quello definito nell'ipotesi Conte (Tab. 1)

**Tab. 1 – Valori assoluti (in Mld) e composizione % del PNRR (al netto React e Fondo Complementare)**

Missioni	Draghi		Conte	
DIGITALIZZAZIONE, INNOVAZIONE, COMPETITIVITÀ E CULTURA	40,73	21,3%	45,5	21,6%
RIVOLUZIONE VERDE E TRANSIZIONE ECOLOGICA	59,33	31,0%	67,49	32,0%
INFRASTRUTTURE PER UNA MOBILITÀ SOSTENIBILE	25,13	13,1%	31,98	15,2%
ISTRUZIONE E RICERCA	30,88	16,1%	26,66	12,6%
INCLUSIONE E COESIONE	19,81	10,3%	21,28	10,1%
SALUTE	15,63	8,2%	18,01	8,5%
TOTALE	191,51	100,0%	210,92	100,0%

L'articolazione delle Missioni "Inclusione Sociale" e "Salute" nei vari ambiti di intervento permette di isolare le quote riferibili alle politiche sociali e sociosanitarie vere e proprie (nelle Tabella 3 in giallo) dai restanti interventi di queste Missioni. Senza voler negare la trasversalità tra le varie politiche e l'importanza di una visione intersettoriale (si pensi ad esempio all'interazione le politiche sociali, quelle del lavoro e le politiche dell'abitare), il cuore degli interventi sociali del PNRR è rappresentato dalle seguenti azioni che saranno coordinate dal MLPS con il coinvolgimento dei comuni/Ambiti [Nota: Il terzo settore sarà coinvolto per i progetti a favore della povertà estrema] :

- **Target Anziani:** un finanziamento di oltre 300 milioni **per la riconversione delle RSA e delle case di riposo in gruppi di appartamenti autonomi**, con la possibilità per gli Ambiti di creare reti (a partire da servizi domiciliari) funzionali alla permanenza degli anziani nel proprio territorio, in un'ottica di prevenzione dell'istituzionalizzazione
- **Target disabili:** un finanziamento di **500 milioni** mirato **al rinnovamento degli spazi domestici** e alla creazione di nuove aree dedicate [Nota: Anche tramite l'assegnazione di proprietà immobiliari confiscate alle organizzazioni criminali] , alla fornitura di dispositivi tecnologici anche per favorire l'accesso di queste persone al mercato del lavoro, nella logica della diffusione a tutto il paese dei processi della "vita indipendente".
- **Target povertà estrema:** un finanziamento di 450 milioni per **progetti di Housing temporaneo** (appartamenti messi a disposizione dai comuni per progetti individuali fino a 24 mesi) per persone in condizioni di disagio estremo con l'obiettivo di promuovere l' autonomia e **per Stazioni di posta** (centri che offriranno un'accoglienza notturna limitata e ulteriori servizi sanitari, ristorazione, orientamento al lavoro, distribuzione di beni alimentari ecc).

Rispetto alla versione PNRR del Governo Conte, che già contemplava i due interventi per disabili e per la povertà estrema, è stato implementato l'intervento per il target anziani e il relativo finanziamento.

Degni di nota anche altri interventi a favore dei suddetti target non strettamente classificabili nell'ambito dei "servizi sociali" ma in quello delle "aree interne": 800 milioni per intensificare l'erogazione dei servizi agli anziani, ai giovani in difficoltà e altri servizi socioassistenziali) anche facilitando il collegamento l'accessibilità ai territori disagiati e il collegamento con i centri urbani e per favorire investimenti nella trasformazione delle farmacie in servizi sanitari di prossimità [Nota: Partecipazione all'ADI, alla distribuzione diretta farmaci, ai percorsi diagnostici terapeutici per alcune patologie, monitoraggio clinico anche tramite fascicolo sanitario] .

Per quanto riguarda la Missione Salute, va innanzitutto riconosciuta la centralità attribuita alla sanità territoriale rispetto al totale delle risorse destinate a questo settore (7 Mld su 15,63); gli interventi di competenza del Ministero della Salute riferibili alla rete dei servizi territoriali si sintetizzano così:

- 2 Mld per l'attivazione, entro la metà del 2026, di **288 Case della Comunità**, utilizzando sia strutture già esistenti, sia nuove;
- 4 Mld per **l'assistenza domiciliare e la telemedicina** così articolati:
  1. 2,72 Mld per servire un numero crescente di pazienti (non definito);
  2. 0,28 Mld per l'istituzione delle Centrali Operative Territoriali (una in ogni distretto, per coordinare l'ADI con gli altri servizi territoriali/ospedalieri/rete dell'emergenza);
  3. 1 Mld per progetti regionali di telemedicina (tele-assistenza, tele-consulto, tele-monitoraggio e tele-refertazione)
- 1 Mld per lo **sviluppo delle Cure intermedie** attraverso la realizzazione di 381 Ospedali di comunità da gestire con le risorse umane già oggetto di incremento di altri provvedimenti [Nota: Si presume le assunzioni previste dal DL Rilancio per esempio per le USCA] .

L'”Ipotesi Conte” prevedeva lo stesso impegno finanziario per la sanità territoriale (7 Mld), diversamente ripartito sulle tre voci: un maggior impegno sulle Case della Comunità (4 Mld) e sulle Cure Intermedie (2 Mld) e un investimento più contenuto sul livello domiciliare, concentrato quasi esclusivamente sulla telemedicina (1 Mld); era invece previsto un maggiore investimento (10,1 Mld contro gli 8,63 del Governo Draghi) sui restanti ambiti di intervento sanitario (l'innovazione, la ricerca e la digitalizzazione).

Per una visione degli ulteriori interventi di finanziamento di coesione/inclusione/salute si rimanda alla tabella 3.

## I processi di riforma del welfare nel PNRR

Il PNRR individua una serie di priorità trasversali a tutte le Missioni e si impegna a realizzare una serie di riforme di carattere generale, oltre che riforme specifiche dei vari settori [Nota: Si distingue tra riforme orizzontali/di contesto che interessano l'ordinamento generale del Paese (nello specifico la riforma della PA e quella del sistema giudiziario), riforme abilitanti (promozione della concorrenza e della semplificazione) e riforme settoriali.] .

Con particolare riferimento al nostro focus, il Piano Draghi ha assunto una serie di impegni, riepilogati nella tabella 2.

**Tab. 2 – Le riforme del welfare nel PNRR**

<b>Missione</b>	<b>Riforma</b>	<b>Impegno</b>	<b>Obiettivi</b>
Inclusione/ coesione	Legge quadro per le disabilità	Fondo disabilità e non autosufficienza	semplificazione dell'accesso ai servizi/meccanismi di accertamento della disabilità;  potenziamento attività di progettazione individualizzata
Inclusione/ Coesione/ Salute	Sistema degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti	avvio di una riforma organica degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti da approvarsi con apposito provvedimento legislativo entro la fine della legislatura; formale individuazione dei livelli essenziali di assistenza nell'ottica della deistituzionalizzazione	semplificazione dei percorsi di accesso alle prestazioni/presa in carico multidimensionale ed integrata, tramite rafforzamento dei servizi domiciliari;  riqualificazione delle strutture residenziali quando la permanenza in famiglia non risulta possibile/appropriata
Salute	Strategia per un SSN come parte di un welfare comunitario	definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale e l'identificazione delle strutture a essa deputate da adottarsi entro il 2021 con uno specifico decreto ministeriale entro la metà del 2022, tramite DDL, definizione di un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito	

sanitario, ambientale e climatico, in linea con l'approccio "One-Health"

Riorganizzare la rete degli IRCCS  
decreto legislativo entro la fine del 2022

Da sottolineare che la Legge quadro per la disabilità costituiva un obiettivo già presente nelle politiche dei precedenti Governi (la Legge di bilancio per il 2020 aveva finalizzato a tale scopo 800 milioni per il triennio 2021-2023), obiettivo oggi affidato al neonato "Ministero della Disabilità". L'inserimento di questo processo nel PNRR ha lo scopo di ribadire che **la realizzazione dei principi della convenzione ONU e il recepimento delle strategie comunitarie in tema di disabilità** [Nota: *La Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea e la "Strategia per i diritti delle persone con disabilità 2021-2030"*] costituiscono un modello di riferimento per le politiche nazionali.

Rappresenta invece una novità epocale l'impegno **all'avvio di una riforma organica per l'assistenza agli anziani non autosufficienti**. L'esigenza di una riforma per ridurre la storica frammentazione delle risposte articolate tra vari programmi del sistema centrale e quelli del welfare locale e tra vari settori (sociale e sanità), accanto all'assenza per tale target di livelli essenziali delle prestazioni – specie di quelle per favorire la permanenza al domicilio – rappresenta un bisogno universalmente condiviso dagli esperti che, tuttavia, non aveva trovato spazio nelle priorità delle politiche dell'ultimo decennio. L'impegno all'approvazione di una legge entro la fine della legislatura – risultato di una campagna di sensibilizzazione <<https://www.luoghicura.it/editoriali/2021/04/1a-proposta-di-inserire-nel-pnrr-la-riforma-dell'assistenza-agli-anziani-non-autosufficienti-un-primo-bilancio/>> e dell'elaborazione di proposte operative <<https://www.luoghicura.it/sistema/programmazione-e-governance/2021/03/costruire-il-futuro-dell'assistenza-agli-anziani-non-autosufficienti-una-proposta-per-il-piano-nazionale-di-ripresa-e-resilienza/>> da parte di una coalizione sociale – costituisce una svolta decisiva nell'agenda istituzionale di medio periodo per l'avvio di un ineludibile processo per colmare uno degli storici limiti del nostro welfare.

L'intento di promuovere **servizi sanitari di welfare comunitario** si configura come una novità significativa in un panorama nazionale in cui, per la rete extraospedaliera, sono storicamente mancati modelli di riferimento e relative regolazioni quali-quantitative. L'intento del PNRR è il frutto della consapevolezza emersa in epoca Covid della necessità di rafforzare il territorio, promuovendo in tutto il Paese l'attuazione di modelli considerati "good practices", come i servizi di welfare comunitario (ad esempio le case della salute/ospedali di comunità a prevalente gestione infermieristica, la creazione di luoghi di interazione con la medicina di base). Tuttavia, queste meritevoli attività che hanno una funzione di nodi della rete non esauriscono il ventaglio dei Lea territoriali; ci sarebbe bisogno di sostenere, anche finanziariamente, interventi di riqualificazione e di armonizzazione degli standard strutturali e organizzativi anche per altri servizi (si pensi ad esempio alla residenzialità a maggiore rilevanza per anziani e disabili, ai centri diurni ecc) [Nota: La previsione di finanziamenti per la riconversione di strutture per anziani in gruppi appartamento, senz'altro condivisibile per le finalità perseguite (socializzazione/mantenimento delle autonomie), non esaurisce il fabbisogno di sostegno alla riqualificazione strutturale e organizzativa delle residenze a maggiore rilevanza sanitaria.] .

A titolo di confronto si segnala che la proposta del Governo Conte si differenziava rispetto a quella del Governo Draghi per annoverare tra le riforme dell'area "inclusione/coesione" anche il completamento della riforma del Terzo settore con i decreti attuativi ancora mancanti all'appello; la prima ipotesi non contemplava invece, nel proprio panorama di riforme, quella dell'assistenza agli anziani non autosufficienti e non richiama il processo di definizione della legge quadro sulla disabilità.

## La logica della scelta di finanziamento degli interventi

Tradizionalmente i programmi di investimento e, più in generale, quelli della UE, si distinguono dagli altri programmi nazionali per l'attitudine a finanziare elementi quali lo sviluppo infrastrutturale, l'innovazione tecnologica, lo sviluppo delle imprese in una logica di start up e la formazione.

Nel campo del welfare alla persona il sostegno a queste attività è senza dubbio necessario, sebbene – proprio per la connotazione fortemente *labour intensive* dei servizi in questione – **lo sviluppo e la riqualificazione non può che essere accompagnato da programmi che sostengano anche la spesa corrente**. E' probabile che alcuni passaggi del PNRR come quello del potenziamento dell'assistenza al domicilio abbiano tenuto conto di queste peculiarità, riconoscendo, dunque, al sostegno alle componenti correnti, un ruolo strutturale, propedeutico a riforme che senza questo tipo di aiuto, nel panorama attuale, non avrebbero potuto decollare.

Si ricorda infatti che negli ultimi decenni sono mancate forme di sostegno specifiche e che, anche i recenti impulsi per la promozione di questi servizi del 2020 non si sono tradotti in finanziamenti continuativi ed efficaci. [Nota: Vedi: Il punto sul finanziamento del welfare 2021 di welforum.it <<https://welforum.it/il-punto-sul-finanziamento-del-welfare-2021/>>e Legge di bilancio: passi indietro sull'assistenza domiciliare – I Luoghi della Cura Rivista Online (luoghicura.it) <<https://www.luoghicura.it/editoriali/2020/12/titolo/>>]

Ciò di cui aveva bisogno il nostro welfare per colmare i propri ritardi **non erano tanti progetti di start up dell'offerta, quanto una cornice programmatoria per lo start up di una riforma di settore nelle aree che finora non avevano trovato spazio in altri processi nazionali di riforma** (per altre questioni come quella della povertà, del sostegno alla famiglia ecc le recenti politiche avevano avviato processi di sistematizzazione). Non a caso, l'aumento dei finanziamenti per il sostegno della domiciliarità, rispetto alla proposta del Governo Conte, è avvenuto contestualmente all'inserimento dell'obiettivo della riforma degli anziani tra gli impegni del PNRR: si è probabilmente inteso riconoscere ai finanziamenti correnti una funzione propulsiva per accompagnare il processo di riforma strutturale.

Costituiva inoltre un annoso limite – che il PNRR nella sua versione definitiva sembra voler affrontare – quello della **separazione delle risposte tra il sistema sanitario e quello sociale**: il tentativo di avviare un processo di integrazione istituzionale tra questi due ambiti, invertendo la storica tendenza a percorsi di programmazione disgiunti, conferisce alla proposta un notevole valore aggiunto che si auspica trovi conferma anche nei successivi passaggi applicativi.

Il nostro welfare alla persona aveva altresì bisogno di impulsi all'innovazione per la **diffusione di soluzioni tecniche in grado di migliorare la qualità di vita delle persone con limitazioni** (si pensi alle soluzioni ICT che possono favorire la "vita indipendente" e alla telemedicina), oltre che di innovare la rete di offerta per adeguarla ai nuovi bisogni (ad esempio le soluzioni della residenzialità comunitaria/leggera non avevano trovato impulsi nella programmazione tradizionale).

Nel caso delle Centrali Operative Territoriali e degli Ospedali di comunità la logica del finanziamento sembrerebbe quella della **diffusione di nuovi modelli organizzativi che promuovano la multidimensionalità della presa in carico e la continuità degli interventi**, ossia si punta a una innovazione di processo come elementi chiave per intervenire sulle fragilità dei sistemi sanitari territoriali.

## Le questioni aperte

Il PNRR ha lanciato alcuni spunti per le azioni di riforma strutturali. Nell'attuale quadro istituzionale costituiscono dei miglioramenti in settori dove il rischio sarebbe stato quello dell'inerzia e della frammentazione.

L'efficacia non è scontata, ma dipende da alcuni nodi cruciali. Prima di tutto, **la capacità di una gestione intersettoriale dei processi** (si pensi in particolare alla necessità dell'integrazione tra le politiche sanitarie e quelle sociali) e della **ricomposizione delle risposte sull'assistito** (si pensi alla proliferazione degli

interlocutori istituzionali nella gestione dei programmi per la disabilità).

Un secondo punto di attenzione è la necessità di un **raccordo**, fermo restando l'obiettivo strategico perseguito dalle riforme, **tra le politiche innovative e quelle tradizionali**: il rischio è che questi processi producano la proliferazione di sperimentazioni che, poi, non trovano una continuità e una messa a regime, configurandosi come una ulteriore stratificazione dei processi esistenti. A questo punto si collega la necessità che i nuovi interventi si traducano in “diritti soggettivi degli utenti”, risposte omogenee allo stesso bisogno. Una sfida non banale, specie quella dell'obiettivo dei livelli essenziali delle prestazioni.

Quella della necessità di **assicurare continuità dei finanziamenti alle attività una volta a regime** è una questione da non sottovalutare (ad esempio sarebbe necessario che la riconversione delle RSA in gruppi appartamento sia accompagnata da possibilità per il sistema sociale di finanziare il fabbisogno di spesa corrente per l'inserimento in queste strutture).

Altrettanto cruciale sarà la **capacità di monitoraggio**, di individuazione di indicatori per definire i target da raggiungere e per valutare l'efficacia delle azioni innovative e per attivare comportamenti locali attivi (il rischio è quello che l'aumento dei finanziamenti dal Centro possa significare una riduzione degli investimenti storici da parte degli attori locali).

Altri rischi all'orizzonte sono quelli che l'enfasi su alcuni obiettivi come quello del **mantenimento al domicilio** possano significare mettere in secondo piano riforme di altri ambiti, come quello della residenzialità, che mai come in questo momento necessitano di altrettanti investimenti, non necessariamente antagonisti a quelli sulla domiciliarità.

Costituiranno passaggi strategici quelli – non ancora definiti – **dell'allocazione delle risorse tra le regioni**. Sarebbe necessaria una distribuzione sulla base delle specificità delle varie aree, ovvero in base a una mappatura che individui le aree di miglioramento su cui ogni regione ha bisogno di crescere per allinearsi agli obiettivi delle riforme.

Tabella 3 – Articolazione delle Missioni “Inclusione/Coesione” e “Salute

Missione	Politica	Ambiti di intervento	Investimenti	Mld
	<b>POLITICHE PER IL LAVORO</b>			<b>6,66</b>
	<b>INFRASTRUTTURE SOCIALI, FAMIGLIE COMUNITÀ E TERZO SETTORE</b>			<b>11,17</b>
Inclusione/coesione (19,81 Mld)		<b>Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale</b>		1,45
			Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti	0,5
			Percorsi di autonomia per persone con disabilità	0,5

	Housing temporaneo e stazioni di posta per persone senza dimora	0,45
	<b>Rigenerazione urbana e housing sociale</b>	<b>9,02</b>
	Investimenti in progetti di rigenerazione urbana, volti a ridurre situazioni di emarginazione e degrado sociale	3,3
	Piani Urbani Integrati	2,92
	Programma innovativo della qualità dell'abitare	2,8
	<b>Sport e inclusione sociale</b>	<b>0,7</b>
	<b>INTERVENTI SPECIALI PER LA COESIONE TERRITORIALE*</b>	<b>1,98</b>
	*di cui 0,8 Mld per la strategia aree interne	
	<b>RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE</b>	<b>7</b>
	<b>Servizi sanitari di prossimità, strutture e standard per l'assistenza sul territorio</b>	
	Case della Comunità e presa in carico della persona	2
	Casa come primo luogo di cura, assistenza domiciliare e telemedicina	4
	Sviluppo delle cure intermedie	1
	<b>INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE</b>	<b>8,63</b>
	<b>Aggiornamento tecnologico e digitale</b>	<b>7,36</b>
Salute (15,63 Mld)	Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	4,05
	Verso un ospedale sicuro e sostenibile	1,64
	Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione	1,67
	<b>Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico</b>	<b>1,26</b>
	Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN	0,52
	Sviluppo delle competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali del personale del	0,74

sistema sanitario

---

---

Sezione: **Dati e ricerche** <<https://welforum.it/sezione/dati-ricerche/>>

Tag: **finanziamento e spesa** <<https://welforum.it/tag/finanziamento/>> | **welfare** <<https://welforum.it/tag/welfare/>> | **PNRR** <<https://welforum.it/tag/pnrr/>>